



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Factores que intervienen en la adherencia al
tratamiento en los pacientes con I.R.C.T. sometidos a
hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida
Renal SJM. 2014**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Nefrología

AUTOR

Cinthia Piareth RAMÍREZ HUERTA

ASESOR

Juana Matilde CUBA SÁNCHO

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Ramírez C. Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T. sometidos a hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal SJM. 2014 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.

298



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

Presentado

Faltas
Conteo de
pasos

LICENCIADA (O) : RAMIREZ HUERTA CINTHIA PIARETH

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON I.R.C.T. SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS VIDA RENAL SJM 2014".

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA EN NEFROLOGIA

Lima, 31 de enero de 2017

9
x6
25(e)

Señor Doctor
JUAN MATZUMURA KASANO
Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de ENFERMERÍA EN NEFROLOGIA ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

DIECIOCHO (18)

LIC. JUANA DURAND BARRETO



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Post Grado

Mg. MARIA F. QUIROZ VASQUEZ
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora (e)

Mary

*A mis padres, que son el motor
de mi vida; que con su
esfuerzo y ejemplo, me han
guiado en todo momento de mi
vida.*

*A mi esposo Daniel Urrieta,
por ser mi fuerza y soporte en
el día a día e impulsarme a
ser mejor en todo momento.*

*A Dios por darme fortaleza
en todo momento de mi vida.*

Mi más sincero agradecimiento a quienes me brindaron sus conocimientos, experiencias, amistad y asesoría para guiarme por el camino del éxito.

Al “Centro de Hemodiálisis Vida Renal E.I.R.L.”, sus autoridades, médicos y enfermeras quienes me apoyaron en todo momento para la culminación del presente trabajo de investigación. Así como a los pacientes por su valiosa colaboración, sin el cual no habría sido posible el logro del presente estudio.

INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	viii
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I. INTRODUCCION	
1.1. Situación Problemática	3
1.2. Formulación del Problema	8
1.3. Justificación	8
1.4. Objetivos	9
1.4.1. Objetivo General	9
1.4.2. Objetivo Específicos	9
1.5. Propósito	10
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	11
2.2. Base Teórica	17
2.3. Definición Operacional de Términos	44
CAPITULO III. METODOLOGIA	
3.1. Nivel, Tipo y Diseño de la Investigación	45
3.2. Lugar de Estudio	45
3.3. Población de Estudio	45
3.4. Muestra y muestreo	46
3.5. Criterios de Selección	46
3.5.1. Criterios de Inclusión	46
3.5.2. Criterios de Exclusión	46
3.6. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	46
3.7. Procedimiento de Análisis e Interpretación de la Información	47
3.8. Consideraciones Éticas	47
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Resultados	48
4.2. Discusión	55
CAPITULO V. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
5.1. Conclusiones	64
5.2. Recomendaciones	66
5.3. Limitaciones	67
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXOS	

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal – SJM. 2014	49
2	Factores relacionados con los Servicios de Salud que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal – SJM. 2014	50
3	Factores Socioeconómicos que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal – SJM. 2014	51
4	Factores relacionados con la Terapia de Hemodiálisis que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal – SJM. 2014	52
5	Factores relacionados con el Paciente que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal – SJM. 2014	53

GRÁFICO N°**Pág.**

6	Factores relacionados con la enfermedad que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal – SJM. 2014	54
---	---	----

RESUMEN

AUTOR : CINTHIA PIARETH, RAMÍREZ HUERTA

ASESOR : JUANA MATILDE, CUBA SÁNCHO

El objetivo fue determinar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T sometidos a hemodiálisis que asisten al centro de diálisis Vida Renal- SJM.2014. **Material y Método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 23 pacientes. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100% (23), en relación a los servicios de salud 61% (14) se encuentran presentes y 39% (9) ausentes. En cuanto a los factores socioeconómicos 61% (14) están presentes y 39% (9) están ausentes. Sobre los factores relacionados con el tratamiento (terapia de hemodiálisis) 74% (17) están ausentes y 26% (6) están presentes; así mismo respecto de los factores relacionados con el paciente 61%(14) están ausentes y 39%(9) están presentes; mientras que los factores relacionados con la enfermedad 74%(17) están ausentes y 26%(6) están presentes **Conclusiones.** Los factores que intervienen en la adherencia en mayor porcentaje son los factores relacionados con la terapia de hemodiálisis los cuales están dados por que el paciente observa durante su sesión que las máquinas de hemodiálisis no fallan y no sienten que les falta el aire o mucho dolor en la espalda. Con igual porcentaje se encuentran los factores relacionados con la enfermedad, referidos a que el paciente sometido a hemodiálisis no ha presentado una ganancia adecuada de peso entre terapia de diálisis.

PALABRAS CLAVES: Factores que intervienen en la adherencia, Insuficiencia Renal crónica terminal, Hemodiálisis.

SUMMARY

AUTHOR : CINTHIA PIARETH, RAMÍREZ HUERTA

ADVISORY : JUANA MATILDE, CUBA SÁNCHO

The objective was to determine the factors involved in adherence to treatment in patients with ESRD undergoing hemodialysis who attend the Vida Renal dialysis center - SJM.2014. **Material and Method.** The study was applicative level, quantitative type, cross-sectional descriptive method; the sampling consisted of 23 patients. The technique was the survey and the instrument a questionnaire, which was applied after prior informed consent. **Results.** Out of 100% (23), in relation to health services 61% (14) they're present and 39% (9) they're absent. As for socioeconomic factors, 61% (14) they're present and 39% (9) they're absent. On factors related to treatment (Hemodialysis therapy) 74% (17) they're absent and 26% (6) they're present; likewise with respect to the factors related to the patient 61% (14) they're absent and 39% (9) they're present; whereas factors related to the disease 74% (17) they're absent and 26% (6) they're present. **Conclusions.** The factors involved in adhesion in higher percentage are the factors related to hemodialysis therapy which are given because the patient observes during his session that the hemodialysis machines do not fail and do not feel that they lack the air or much pain in the back. With the same percentage are the factors related to the disease, referring to the patient undergoing hemodialysis has not presented an adequate gain of weight between dialysis therapy.

KEYWORDS: Factors involved in adherence, Chronic Renal Failure Terminal, Hemodialysis.

PRESENTACIÓN

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es una enfermedad con desenlace mortal a corto o mediano plazo, sin embargo desde la aparición de las terapias de sustitución y del trasplante renal se ha incrementado con éxito la sobrevida. ⁽¹⁾

De ahí que, la hemodiálisis es un tratamiento a través del cual se retiran las toxinas de la sangre, a través de la solución dialítica, ocasionando con mucha frecuencia cambios psicológicos, físicos, sociales, entre otros. Esto hace que el paciente renal sufra resquebrajamiento en su estado de salud general, generando en algunos, reacciones emocionales negativas que pueden interferir la adherencia al tratamiento de hemodiálisis.

Por lo que es importante reconocer que la adherencia al tratamiento es un proceso difícil, tanto para el paciente como para su familia. Esta situación hace que el proceso de adaptación a la hemodiálisis constituya un fenómeno multifacético que envuelve una compleja interrelación entre conductas, procesos fisiológicos, psicológicos y variables sociodemográficas asociadas toda vez que una inadecuada adherencia expone a que la enfermedad se des controle y a que el tratamiento no sea efectivo. Esto conlleva a que el cuerpo acumule “pequeño daños” irremediables, produciendo, de esta manera, un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad por esta causa. ⁽²⁾

Una de las dificultades que enfrenta el equipo de salud en los centro de hemodiálisis, es la falta de adherencia de los pacientes al tratamiento, ya que con la medida en que los pacientes logran adherirse al tratamiento, logran también una mejor calidad de vida. ⁽³⁾

El presente estudio titulado “Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T. sometidos a Hemodiálisis en

un Centro de Diálisis – SJM. 2014”, tuvo como objetivo determinar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T. sometidos a Hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal. Con el propósito de contribuir a la formulación de estrategias orientadas al fortalecimiento de la adherencia al tratamiento con hemodiálisis del paciente con insuficiencia renal crónica terminal y de ésta manera lograr una base de datos que devengan en una propuesta para la mejora de la gestión; siendo los más beneficiados los pacientes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico, que expone los antecedentes del estudio, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, que incluye el nivel, tipo y diseño de la Investigación, lugar de estudio, población de estudio, muestra y muestreo, criterios de selección, técnica e instrumento de recolección de datos, procedimiento de análisis e interpretación de la Información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión. Capítulo V. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Enfermedad Renal Crónica (IRC) es un daño estructural y/o funcional del riñón que se caracteriza por un filtrado glomerular menor a 60 ml/min/1.73 m² y la presencia de lesión renal con o sin descenso del filtrado durante un periodo igual o mayor de tres meses ⁽⁴⁾. Existe consenso sobre la ERC como problema emergente de importancia para la salud pública en varias regiones del mundo y según un estudio de la Global Burden of Diseases (GBD) en el año 2013, la enfermedad renal crónica como causa de muerte en la población general subió del puesto 36 al puesto 19 en dos décadas ⁽⁵⁾. En el Perú, según los datos estadísticos reportados del Ministerio de Salud en el año 2013 la insuficiencia renal fue la décima causa de mortalidad (3.5%), afectando principalmente a mujeres (3.7%) que a hombres (3.3%). ⁽⁶⁾

La manifestación más avanzada de la ERC es la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) y la consiguiente necesidad de tratamiento sustitutivo de la función renal mediante diálisis o trasplante renal, presenta una incidencia y una prevalencia crecientes en las últimas décadas. ⁽⁷⁾

A nivel mundial, la ERC y la ERCT está teniendo una tendencia creciente en los países de ingresos bajos y medios, debido a que sus causas principales residen en trastornos de alta prevalencia como el envejecimiento, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. ⁽⁸⁾

En el Perú, si bien no existen estadísticas oficiales, se estima que cerca de 300 mil personas padecen de Enfermedad Renal Crónica (ERC),

mientras que la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) es de 9,000 pacientes asegurados por Es Salud por año, que requieren diálisis y/o trasplante renal, según señaló la presidenta ejecutiva de Es Salud, Virginia Baffigo, ante la Comisión de Salud del Congreso de la República en noviembre de 2012. Cabe señalar que del total de pacientes con ERCT, Es Salud atiende aproximadamente al 80% de pacientes, mientras que las otras entidades juntas: MINSA, Policía, Fuerzas Armadas y Privados, atienden aproximadamente al 20% restante ⁽⁹⁾. Sin duda, el aporte del Seguro Integral de Salud (SIS) y del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) ha representado el avance más importante en los últimos años para el manejo de la ERC en la fase terminal, y en el camino a la cobertura universal a nivel nacional, acortando las desigualdades y brechas en el acceso a las diferentes modalidades de tratamiento. ⁽¹⁰⁾

Por otro lado, más de dos millones y medio de personas se encuentran en riesgo de contraer la enfermedad, y más de la mitad de ellas no sabe que tienen dicho riesgo y menos aún que esta dolencia es asintomática en su etapa inicial presentándose solo cuando el daño renal está muy avanzado y provoca serios problemas de salud. ⁽¹¹⁾

Estadísticas difundidas por el MINSA, señalan que entre el 15 y el 20% de peruanos que padecen hipertensión arterial, también sufren de insuficiencia renal; además el 40% de estos casos se debe a la diabetes, problema que afecta a 1 de cada 10 adultos en el Perú ⁽¹²⁾. Para mantener al paciente con vida, debe someterse a tratamientos de sustitución renal no curativos, tal es el caso de la hemodiálisis, la cual es altamente invasiva, demandante e involucra altos costos a nivel físico, psicológico, social y económico tanto para el paciente como para su familia. Además de todo esto, la Hemodiálisis debe ir acompañada de una estricta dieta alimenticia, para controlar los niveles de fosforo,

potasio, sodio y calcio ⁽¹³⁾, de restricciones en la ingesta de líquidos y toma de ciertos medicamentos diarios, ya sea para suplir las sustancias que el organismo ha dejado de producir o para controlar los efectos secundarios de la IRC o de la enfermedad que la causó ⁽¹⁴⁾, recibir técnicas dolorosas, en algunos casos experimentar la pérdida de esperanza de trasplante renal, y en muchos casos sufrir el abandono familiar.⁽¹⁵⁾

Algunas personas aceptan el hecho de tener una enfermedad renal y que necesitarán tratamiento para el resto de sus vidas. Otros en cambio, pueden tener problemas para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica. Durante el curso de la enfermedad, habitualmente afloran sentimientos de culpa, negación, rabia, depresión, frustración que son difícilmente comprendidos y aceptados por el paciente y sus familiares ⁽¹⁶⁾. Estos aspectos afectan notablemente al paciente, disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento y en algunos casos conduciéndolo a adquirir conductas negativas a la diálisis. En forma predecible, los pacientes en diálisis tienen una alta probabilidad de conductas de regresión y negación, manifestada en una baja adhesión a las indicaciones prescritas, irregularidad en la asistencia a las sesiones de diálisis o actitudes excesivamente infantiles o de gracia. Esto último se debería en parte, a que los procesos de tratamiento imponen numerosas restricciones y alteraciones en el estilo de vida de los pacientes, lo cual determina la aparición de conductas problema que hacen más compleja la rehabilitación y repercuten en el ajuste psicológico y en la calidad de vida. Bajo esta condición, es en donde además, se produce una menor adherencia hacia el tratamiento dialítico.
⁽¹⁷⁾

Según la OMS (2004) la adherencia al tratamiento es considerada un problema de salud pública, algo evidente si analizamos que alrededor

del 30% de los pacientes no cumplen con su tratamiento, lo cual es muy grave debido a que produce un aumento de morbilidad y mortalidad. Las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población en todo el mundo. ⁽¹⁸⁾

En Colombia un estudio realizado por Osorio y Serna en el año 2011 encontró que la edad de los pacientes es un factor que influye por la dependencia de otras personas para venir a su diálisis (factor importante de la adherencia); el nivel de escolaridad es bajo en esta población. ⁽¹⁹⁾

La sobrevida en hemodiálisis está limitada por diversos factores como: edad avanzada, enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirrosis hepática, desnutrición e hipertensión arterial. La adherencia a la terapia de diálisis tiene impacto directo en la sobrevida, y además previene descompensaciones agudas entre sesiones de diálisis. El tratamiento integral de un paciente en hemodiálisis requiere un control adecuado en la ingesta de fluidos, dieta y medicación. La ganancia de peso interdialítica se ha catalogado como un marcador de adherencia a la restricción de fluidos y el potasio sérico prediálisis con la restricción dietética. La ganancia de peso interdialítica excesiva constituye un factor de riesgo para el incremento de la presión arterial. ⁽²⁰⁾

Es evidente que la adherencia, es un factor importante dentro del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad crónica que modifica nuestro proyecto de vida y la calidad de la misma, como es el ingreso a diálisis, habitualmente se pasa por varias etapas que reflejan los mecanismos de adaptación que se desarrollan y que son comunes frente a cualquier enfermedad. Estas dependen de una serie de variables del paciente como su educación, historia personal, creencias, valores, desarrollo espiritual. Todas ellas determinarán el comportamiento y participación en los tratamientos y rehabilitación posible. ⁽²¹⁾

La adherencia al tratamiento dialítico es la principal dificultad a la que se enfrenta el equipo de salud en una unidad renal, por eso es fundamental abordar las causas que afectan este problema para que el paciente con insuficiencia renal crónica terminal tenga una mejor adherencia a su tratamiento ⁽²²⁾, es por ello importante tener como herramienta principal para aumentar la adherencia en los pacientes, la educación para la salud ⁽²³⁾. Eventos que son avalados por una ponencia realizada por la Dra. Mariela Mautone en las jornadas científicas de Nefrología en Paysandú, Uruguay, donde manifestaba que en los países desarrollados las enfermedades crónicas no transmisibles se acompañan en 50% de no adherencia, siendo la adherencia en diálisis un tema muy complejo teniendo consecuencias en el paciente de mayor morbi-mortalidad y dificultad para lograr metas, así mismo se puso en conocimiento que faltar a una sesión/mes confiere 19% más riesgo de morir en próximos 2 años y a 2 o más sesiones 50% más. ⁽²⁴⁾

Un estudio realizado por Villagrán, Aida en Ecuador, se encontró que el 55% de pacientes con I.R.C.T sometidos a terapia de hemodiálisis presentaron mala adherencia, lo que pone de manifiesto que en este grupo de pacientes existe dificultades para ajustarse a los desafíos que la enfermedad implica, lo que podría desembocar en un empeoramiento de su cuadro clínico. ⁽²⁵⁾

La asistencia a las sesiones de Hemodiálisis (eje principal de la adherencia al tratamiento), permite, en primera instancia, la interacción profesional de enfermería con el sujeto del cuidado, cuyo fin es lograr una comunicación eficaz, satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales, entre otros que surjan. La comunicación proporciona la información necesaria lo que favorece y garantiza los niveles mínimos de comprensión por parte del sujeto de cuidado y contribuye a mejorar la adherencia.

En el centro de hemodiálisis se puede observar la afluencia de pacientes donde gran parte de ellos acuden en compañía de un familiar. Algunos de ellos se muestran ansiosos, llorosos, tristes por su condición y problemas adherentes. También a la sesión llega un paciente casi siempre malhumorado y poco colaborador. Al interactuar con éste paciente refiere: “señorita tengo que hacer”, “que no demore más de 2 horas porque me voy”, “¿para qué quedarme más tiempo si lo que tengo no se curará?”, “siento que me enfermo más cada vez que vengo a tratamiento de hemodiálisis”, entre otras expresiones.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuáles son los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T sometidos a hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal - SJM. 2014?

1.3. JUSTIFICACION

Ante el aumento de la ERC, el cual se incluye las IRCT, una de las terapias alternativas para mejorar y/o contribuir a disminuir el riesgo a mayores complicaciones y mejorar su calidad de vida tenemos los programas de hemodiálisis, a través del cual mejoran los síntomas y pueden continuar con sus actividades habituales en la mayoría de los casos, sin embargo es necesario tener en cuenta que su estilo de vida se ve alterado debido a que deben destinar entre 12 a 15 horas semanales para su tratamiento, el mismo que no está exento de molestias, complicaciones y/o restricciones en la dieta, así como en sus actividades cotidianas; sino también que estas exigencias pueden condicionar que la adherencia al tratamiento no sea óptimo, lo cual tiene consigo mayor gasto económico y por ende a los problemas derivados de las complicaciones de la enfermedad.

Por lo que la enfermera que labora en los servicios de hemodiálisis, debe identificar precozmente el nivel de adherencia y los factores que intervienen en ella, en sus diferentes dimensiones, a fin de disminuir el riesgo de complicaciones y plantear estrategias para mejorar la adherencia de estos pacientes a las sesiones de Hemodiálisis.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Determinar los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T sometidos a hemodiálisis que asisten al centro de diálisis Vida Renal-SJM.2014.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores relacionados con los servicios de salud que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T sometidos a hemodiálisis que asisten al centro de diálisis Vida Renal- SJM.
- Identificar los factores socioeconómicos que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T sometidos a hemodiálisis que asisten al centro de diálisis Vida Renal- SJM
- Identificar los factores relacionados con la terapia de Hemodiálisis que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T sometidos a hemodiálisis que asisten al centro de diálisis Vida Renal- SJM.
- Identificar los factores relacionados con el paciente que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes

con I.R.C.T sometidos a hemodiálisis que asisten al centro de diálisis Vida Renal- SJM.

- Identificar los factores relacionados con la enfermedad que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T sometidos a hemodiálisis que asisten al centro de diálisis Vida Renal- SJM

1.5. PROPÓSITO

Los resultados del estudio está orientado a proporcionar información actualizada al departamento de enfermería del CD Vida Renal a fin de diseñar estrategias destinadas a actualizar al profesional de enfermería respecto a los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento de los pacientes con I.R.C.T sometidos a hemodiálisis, lo cual contribuirá a educar a los pacientes acerca de su enfermedad y tratamiento lo que les permitirá tener una mejor adherencia al tratamiento de Hemodiálisis y así disminuir la perdida de años productivos, los costos socioeconómicos, nuevas hospitalizaciones, recaídas y desenlaces fatales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

EN EL ÁMBITO NACIONAL

Ocampo Rujel, Percy; el 2014, en Chimbote; realizó un estudio titulado: “Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en establecimientos públicos”. El objetivo fue determinar el grado de adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos y los factores determinantes de la no adherencia. El método fue, descriptiva, correlacional y prospectiva, de nivel cuantitativo. La población estuvo conformada por 204 pacientes hipertensos de las provincias de Trujillo y Chimbote (84 y 120, respectivamente) entre noviembre de 2010 y enero de 2011. Las técnicas que se utilizaron fueron tres test normalizados: Test de Heiness Sackett, Test de Moriski Green Lavine y Test de Recuento de Tabletas para determinar el grado de cumplimiento. Llegando a las siguientes conclusiones:

Los pacientes hipertensos de Trujillo y Chimbote son incumplidores al tratamiento médico y los factores negativos más influyentes son el entorno social (27,47% y 22,72%) y la percepción del trato del personal de salud (20,7% y 20,53%). Individualmente, los factores más resaltantes fueron la automedicación (13,53% y 8,61%) y la inasistencia a citas programadas (12,88 y 7,59%). (26)

Luna Guerrero, Beatriz, el 2014, en Lima; realizó un estudio titulado: “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del Centro de Salud Ex Fundo Naranjal 2013”. El objetivo fue determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en los niños menores de

3 años del C.S Ex Fundo Naranjal 2013. El método fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 130 niños con tratamiento de anemia obteniendo como muestra 55 niños de esa población. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones que llegó la autora fue entre otras, que:

Los factores que afectan la adherencia en mayor porcentaje son los factores relacionados con el tratamiento los cuales están dados por el incumplimiento de los regímenes dietéticos ya que el niño no consume vísceras, carnes rojas y pescado de 3 a más veces por semana, no consume menestras, y alimentos ricos en hierro para prevenir y tratar la anemia. Seguido por los factores relacionados con el cuidador del paciente referido a que el niño no consume alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia y no termina el tratamiento de 6 meses. Mientras que los factores relacionados con la prestación de los servicios de salud se encuentran presente ya que el personal de salud brindó orientación sobre el tratamiento y cuidados de la anemia, disponibilidad del medicamento en la farmacia del establecimiento. (27)

EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

Saad Acosta, Cecilia y Col.; el 2007, en Colombia; realizaron un estudio titulado: “Adherencia de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica a las sesiones de Hemodiálisis del Hospital Militar Central, Bogotá”. El objetivo fue determinar la adherencia a las sesiones de hemodiálisis de pacientes con IRC, que asistieron a las sesiones programadas entre los meses de Abril – Junio del 2007. El método fue descriptivo prospectivo. La población estuvo conformada por pacientes mayores de 18 años de edad, inscritos en el programa de hemodiálisis siendo la muestra 71 pacientes. La técnica que se utilizó fue la entrevista, el instrumento fueron dos cuestionarios estructurados, el primero para caracterizar la población en estudio y el segundo para registrar la asistencia. Las conclusiones a la que llegaron los autores entre otras fueron:

“En los resultados se halló un porcentaje de cumplimiento del 98.6%(1939 sesiones cumplidas de 1967 programadas); por

tanto, solo se incumplió el 1.4%(28) de las sesiones. Entre los factores que permitieron mantener la adherencia a las sesiones de hemodiálisis se identificaron: la concientización de estos pacientes sobre las consecuencias de la inasistencia a las sesiones de hemodiálisis, que los expone al descontrol de la enfermedad y a que el tratamiento sea ineficaz; la conformidad con el horario de las sesiones; la satisfacción con el personal de salud que los atiende y la aceptación de la enfermedad". (28)

Contreras Orozco, Astrid; el 2006, en Colombia; realizó un estudio titulado: "Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial", que tuvo como objetivo describir los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes hipertensos. COOMEVA - Sincelejo. 2006. El método fue descriptivo-cuantitativo de corte transversal. La población estuvo conformada por 276 pacientes hipertensos, obtenida a través de un muestreo aleatorio simple. La información se obtuvo a partir de un instrumento con escala de Likert modificada validado y se procesó en el programa estadístico SPSS, llegando a las siguientes conclusiones:

"Como factores relevantes se encontró que el 95% manifestó contar con el apoyo familiar para cumplir con el tratamiento, el 98% de los participantes siempre han tenido conocimiento respecto a las citas de control y expresaron que el tratamiento ha sido beneficioso. Un 52% manifestó que padecer de Hipertensión Arterial le genera preocupación y angustia por los cambios que tienen que hacer en su vida diaria. Los resultados reflejan un grupo comprometido con el cuidado de su salud y un sistema de atención que promueve en los pacientes comportamientos positivos que favorecen la adherencia terapéutica. Sin embargo, se hace necesario fortalecer en el 52% de los participantes, las estrategias de afrontamiento de la enfermedad que permita un mejor control de los estados de angustia identificados". (29)

Beuter Margrid y Col.; el 2008, en Brasil; realizaron un estudio titulado: "Adhesión de individuos a terapia hemodialítica", que tuvo como objetivo analizar los indicadores de adhesión relacionados al perfil sociodemográfico de individuos sometidos al tratamiento hemodialítico. El

método fue con enfoque cuantitativo, tipo descriptivo. La población estuvo conformada por 56 pacientes en hemodiálisis en una clínica renal del interior de Rio Grande del Sur. La técnica fue análisis documental y observacional, así como la encuesta siendo los instrumentos las historias clínicas y el cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras:

“Existen varios factores involucrados en la adhesión al tratamiento hemodialítico actuando de forma interrelacionada. Así tenemos el indicador de la dieta, donde la mayoría de individuos relataron seguir la dieta recomendada y el uso regular de medicación. Con relación al indicador de ganancia de peso interdialítico, un 46.43%(26) presentan una ganancia mayor o igual al 5% del peso seco (promedio de menor o igual a 2.5kg entre sesión). Se evidencia la importancia del apoyo familiar y el ingreso económico para mantener una buena adherencia. Cada individuo sigue el tratamiento de forma única y singular, influido por un sin inúmeros de factores adquiridos a lo largo de la vida. Esas particularidades acondicionan la respuesta al tratamiento y deben ser entendidas por los profesionales de salud”. (30)

Villagrán Venegas, Aida; el 2012, en Ecuador; realizó un estudio titulado: “Relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los y las pacientes con IRCT, sometidos a Hemodiálisis, en el Hospital Quito NRO 1 de la Policía Nacional”, que tuvo como objetivo analizar la relación entre el Afrontamiento y la Adherencia al Tratamiento en pacientes diagnosticados con IRCT sometidos a hemodiálisis. El método fue descriptivo correlacional con diseño no experimental de corte transversal. La población estuvo conformada por 20 pacientes mayores de 45 años con IRCT que reciben tratamiento de hemodiálisis. La técnica que se utilizó fue la encuesta, el instrumento un cuestionario de adherencia al tratamiento Ad hoc diseñada por la autora. Las conclusiones entre otros fueron:

El estilo de afrontamiento centrado en la emoción fue el estilo de mayor uso por la mayoría de los participantes y las estrategias de afrontamiento de mayor uso fueron la aceptación, la religión, el afrontamiento activo y reinterpretación positiva. La mayoría de los participantes del estudio presenta

mala adherencia al tratamiento. Se obtuvieron diferencias en el uso de estilos y estrategias de afrontamiento de acuerdo al tiempo de tratamiento y al tipo de adherencia alcanzada". (31)

Contreras Francoise y Col.; el 2007, en Colombia; realizaron un estudio titulado: "Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis." El objetivo fue determinar la calidad de vida que tienen los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y observar si presentaban características distintas en función de la adhesión al tratamiento. El método fue descriptivo, estudio de tipo correlacional. La población estuvo conformada por 33 pacientes. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista y el análisis documental y observacional y los instrumentos utilizados fueron: el cuestionario de salud SF-36 y la historia clínica de los pacientes en donde se recogieron los datos bioquímicos y clínicos, llegando a las siguientes conclusiones:

"Se comprueba que la enfermedad crónica que padecen sí afecta de manera importante la calidad de vida de estos pacientes, independiente del sexo, de convivir en pareja o de su estado de adhesión al tratamiento. Con base en los criterios clínicos tomados durante tres meses, profesionales especializados señalaron la adhesión al tratamiento de los pacientes; estos indicadores incluyeron sobrecarga hídrica, tensión arterial pre y post diálisis, niveles de potasio, calcio, fósforo, PTH e inasistencia a sesiones de tratamiento. Al respecto se encontró que 13 participantes no presentaron adhesión al tratamiento y 19 sí, para un total de 32 pacientes con información válida para los fines de este estudio. Se observó un deterioro importante en las dimensiones evaluadas, no obstante la función social se encontró preservada. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos". (32)

Huertas María y Col.; el 2013, en España; realizaron un estudio titulado: "Factores Psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en Hemodiálisis crónica", que tuvo como objetivo evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en HD crónica examinando, entre las posibles causas de la no adherencia, factores psicosociales como depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y apoyo

social. El método utilizado es de enfoque cuantitativo, estudio de tipo observacional transversal. La población estuvo conformada por 35 pacientes con ERC en HD. La técnica fue la entrevista y el instrumento, cuestionarios administrados por personal especializado llegando a la siguiente conclusión:

“Los pacientes no adherentes presentan índices de depresión significativamente más elevados que los adherentes al tratamiento farmacológico. La ansiedad, el deterioro cognitivo y el apoyo social no muestran relación estadísticamente significativa con el grado de cumplimiento. Observamos también que el apoyo social es elevado en la mayor parte de los sujetos evaluados y que una gran proporción presenta niveles de deterioro cognitivo medio o moderado. Estos resultados sugieren que la intervención psicológica en pacientes en HD con mayores índices de depresión podría aumentar el grado de cumplimiento y bienestar general del enfermo renal”. (33)

Pabón Varela Yadira; el 2015, en Colombia; realizó un estudio titulado: “Factores que influyen en la adherencia en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con riesgo de enfermedades cardiovasculares”. El objetivo fue determinar los factores que influyen en la adherencia en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con riesgo de enfermedades cardiovasculares de las comunas 3 y 6 de la ciudad de Santa Marta. El método fue descriptivo con abordaje cuantitativo. La población estuvo conformada por 100 personas, asistentes a las consultas de riesgo cardiovascular, inscritas en el programa de hipertensión de los centros y puestos de salud de las comunas 3 y 6 de Santa Marta. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras:

Los factores socioeconómicos influyen en la baja adherencia de los pacientes, la adherencia a los tratamientos es esencial para el bienestar de los pacientes, es un componente importante, su ausencia aumenta la probabilidad del fracaso y causar complicaciones innecesarias lo que conduce a un mayor gasto en la atención de salud, discapacidad y muerte temprana. (34)

Rodríguez Alba y Gómez Ana; el 2009, en Colombia; realizaron un estudio titulado: “Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular”. El objetivo fue describir y analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular en la Fundación Cardiovascular de Colombia. El método fue descriptivo abordaje cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 172 pacientes hospitalizados y de consulta ambulatoria. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario diseñado por Bonilla. Las conclusiones entre otros fueron:

Entre los factores que apoyan la adherencia se encuentra el reconocimiento de la enfermedad, confianza en el tratamiento, apoyo de redes sociales y respaldo de la institución. A diferencia, debilitan la adherencia las dificultades económicas, falta de permisos, dificultades en modificar hábitos y déficit de conocimientos. Los resultados reflejan la necesidad de fortalecer a los profesionales de la salud en el manejo de la adherencia desde los ámbitos académicos y la creación o fortalecimiento de los programas educativos en las instituciones de salud. (35)

2.2. BASE TEÓRICA

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL PERÚ

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema creciente a nivel mundial que afecta la vida y salud de millones de personas. Sobre todo en países de bajos y medianos ingresos, debido al rápido aumento de su prevalencia, elevados costos de tratamiento, alta frecuencia de complicaciones e incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular.

Una de las consecuencias de mayor impacto en la salud de la población es la Enfermedad Renal Crónica en fase Terminal (ERC-T) o ERC estadio 5, siendo hoy un problema de salud pública global y devastador, por sus consecuencias médicas, sociales y económicas para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud.(36)

- **Prevalencia.**

No existen estudios de prevalencia de la ERC en sus diferentes estadios a nivel nacional; solo existen tres estudios que muestran tasas referenciales. El primer estudio publicado fue en el año 1992, donde se reporta la tasa de prevalencia de la ERC en fase terminal en la ciudad de Lima, la tasa reportada fue de 122 pmp (por millón de población), los datos descritos corresponden básicamente a la población con un seguro social y la información fue recabada en los servicios de tercer nivel. La siguiente publicación es de un estudio de prevalencia en un punto realizado en los hospitales de la ciudad de Arequipa en el año 1994, donde se ha descrito ERC-t en pacientes hospitalizados; reportando una tasa de 68 pacientes por millón de habitantes. Hay que resaltar que esta tasa constituye una tasa hospitalaria, la cual subestima la verdadera magnitud del problema. El tercero estudio fue el realizado en el año 2011 en dos poblaciones, una altamente urbanizada como es el caso de Pampas de San Juan de Miraflores con una población de 60 000 habitantes y otra semiurbana de Tumbes de 20 000 habitantes. La prevalencia global de ERC para ambas poblaciones fue de 16,8% (IC 95%:13,5%–20,9 %) siendo más alta en adultos mayores, mujeres, consumidores de alcohol, población con menor grado de instrucción, HTA y Diabéticos. También se puede apreciar que la prevalencia se incrementa con la edad en ambos sexos.

Prevalencia de enfermedad renal crónica estratificado por edad y sexo

Grupo de edad	Casos en varones	Prevalencia estimada (IC 95%)	Casos en mujeres	Prevalencia estimada (IC 95%)
35 - 44	3/51	5.8 (1.9 – 17.8)	5/15	9.8 (4.2 – 22.7)
45 – 54	5/54	9.2 (4.0 – 21.5)	12/51	23.5 (14.3 – 38.8)
55 – 64	6/51	11.8 (5.5 – 25.1)	9/48	18.8 (10.3 – 34.0)
≥ 65	7/47	14.9 (7.4 – 29.7)	21/51	41.2 (29.6 – 57.3)
Total	21/203	10.3 (6.9 – 15.5)	47/201	23.4 (18.2 – 30.1)
<i>p – valor para la tendencia</i>	0.13		0.001	

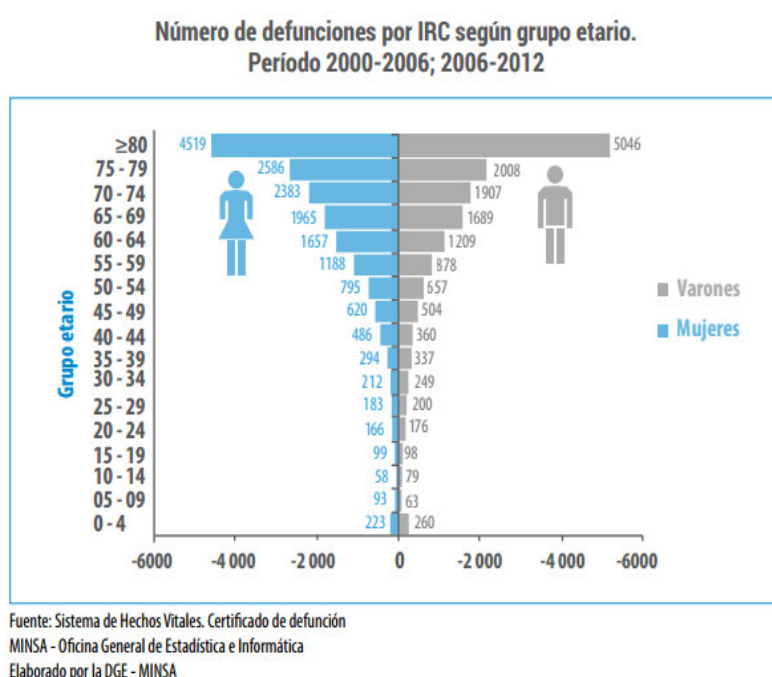
Fuente: BMC Nephrology 2015; 16:114. Elaborado por la DGE – MINSA.

Según las proyecciones del INEI para el año 2014, la población adulta mayor de 20 años en nuestro país sería de 19 196 944 habitantes, la población cubierta por el Seguro Integral de Salud (SIS) representa el 51,1% y la población no asegurada el 14,3%. En base a estos datos se estima que 2 507 121 sujetos tendrían ERC en estadio pre-diálisis y 19 197 sujetos estarían en estadio V o ERC-t, población que necesitaría ingresar a un programa de TRR sostenida. La brecha no atendida sería de 7778 pacientes en el SIS. Se puede apreciar que la población en estadio V en EsSalud ha superado en más de un 34% a la población estimada, indicador que muestra que la demanda de pacientes en estadio V en EsSalud estaría sobresaturada.

- **Mortalidad.**

Dentro de las causas específicas de mortalidad en el Perú en 2012, la insuficiencia renal constituyó una de las 10 primeras causas de muerte representando el 3,3% de las defunciones a nivel nacional. La tendencia de la tasa ajustada de mortalidad a nivel nacional fue descendente pasando de 13,4 por cien mil habitantes el año 2000 a 11,5 por cien mil habitantes el año 2012. Diversos factores pueden haber determinado esta tendencia como la mejora en el acceso a TRR (Terapia de reemplazo renal) en EsSalud y MINSA (A través del SIS). Las regiones de Puno, Apurímac, Huancavelica, Cusco, Ayacucho y Moquegua son las que tienen mayor mortalidad por ERC. Según regiones naturales, la tasa de mortalidad ajustada para el período del 2000-2012 fue marcadamente superior en los departamentos de la sierra (155 por cien mil habitantes) en comparación con los de la costa (113 por cien mil) y selva (85 por cien mil). Para el año 2012, las enfermedades no transmisibles representaban un 57,3% de las causas de muertes y dentro de estas se incluye enfermedad renal crónica como un componente importante ya que la diabetes y la hipertensión son responsables de casi un 70,5% de los casos

de ERC en el Perú. Como causas específicas de mortalidad en el Perú en el 2012 se muestra a la insuficiencia renal, incluyendo la IRA e IRC dentro de las primeras 7 causas principales de muertes con un 3,3% del total, con un 3,1% en varones y 3,6% en mujeres. Igualmente, la ERC constituye una causa importante de mortalidad en los adultos mayores representando el 3,6% de las defunciones a nivel nacional.



• Prevalencia Actual.

La tasa de prevalencia de pacientes en cualquier modalidad de TRR se ha incrementado desde 1992 al 2008 pasando de una tasa estimada de 122 pmp (por millón de población) hasta 266 pmp (por millón de población). Luego de recolectar información desde junio 2014 hasta junio de 2015 se pudo obtener información confiable y precisa; así, la prevalencia de TRR(Terapia de reemplazo renal) por millón de población en el Perú fue de 415 pmp(por millón de población); la tasa en EsSalud fue de 942 pmp y la del MINSA fue de 101 pmp.⁽³⁷⁾

La Enfermedad Renal Crónica es una patología que afecta estructural y/o funcionalmente a los riñones y se determina por los siguientes:

- Evidencia de daño renal (con o sin disminución de su función) presente por más de 3 meses y manifestada por cambios en la composición de la sangre u orina como proteinuria o hematuria y alteraciones en las pruebas de imagen como cicatrices o quistes.
- Función renal disminuida, con TFG < 60 ml/min/ 1.73 m² presente por ≥ 3 meses, con o sin evidencia de daño renal.

• **Estadios de ERC**

Estadio	Descripción	TFG (ml/min/1.73m ²)
1	Daño renal con TFG normal o alta	≥ 90
2	Daño renal con disminución leve de la TFG	60 – 89
3a	Disminución moderada de la TFG, bajo riesgo	45 – 59
3b	Disminución moderada de la TFG, alto riesgo	30 – 44
4	Disminución severa de la TFG	15 – 29
5	Falla renal	< 15 (o TRR)

Los pacientes con TFG ≥ 60 ml/ min/ 1.73 m² y sin evidencia de marcadores de daño renal (proteinuria/ microalbuminuria u otros), no deben ser considerados como portadores de ERC y no requieren ser sometidos a investigaciones adicionales. ⁽³⁸⁾

El término insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), se ha utilizado fundamentalmente para referirse a la situación subsidiaria de iniciar tratamiento sustitutivo de la función renal y se corresponde en la clasificación actual con ERC estadio 5. ⁽³⁹⁾

Entre las funciones propias del riñón que son alteradas en la insuficiencia renal están:

- El equilibrio ácido base e hidroelectrolítico, necesarios para mantener el pH y la cantidad de agua y sales que el cuerpo necesita (sodio, potasio y fósforo).
- Eliminación de toxinas.
- Funciones endocrinas, como la producción de la eritropoyetina necesaria para la producción de glóbulos rojos de la sangre, y evitar la anemia.
- Regulación en el metabolismo del calcio (esencial para la función adecuada de los huesos).

Estas son algunas de las sustancias que se acumulan en sangre producto del metabolismo celular y que en el caso de padecer una insuficiencia renal no son eliminadas adecuadamente, y pueden ser nocivos cuando se acumulan en la sangre:

- Urea
- Creatinina
- Nitrógeno Ureico en Sangre (BUN)
- Sodio (presente en la sal): Favorece la retención de líquidos
- Potasio (presente en frutas, legumbres y frutos secos): como consecuencia grave entre otras puede producir de forma irreversible parada cardíaca.
- Fósforo (presente en pan, lácteos y bollería): En exceso produce picores y contribuye a las calcificaciones vasculares.
- Excesos de agua (provienen fundamentalmente de las bebidas y de las comidas): Incrementa la tensión arterial, y puede derivar en edema agudo pulmonar, que es una entidad grave, donde el pulmón no puede ejercer su función de oxigenar la sangre, por estar ocupado por líquido. (40)

- **Signos y síntomas de la Enfermedad Renal Crónica**

Debido a que las personas con Enfermedad Renal Crónica no muestran síntomas hasta muy avanzada, los análisis de laboratorio son importantes para diagnosticarla en etapas o estadios tempranos, sobre todo en personas con diabetes mellitus o hipertensión arterial, el aumento progresivo en el nivel de creatinina, la aparición de proteínas en la orina son motivos para que el paciente sea enviado al Nefrólogo quién podrá retrasar o detener la progresión de la enfermedad, evitar las complicaciones así como de preparar al paciente tanto física como mentalmente para el inicio de la terapia sustitutiva de la función renal.

Conforme la enfermedad renal progresa, se aumenta la acumulación de sustancias tóxicas en la sangre, la capacidad para eliminar agua se va perdiendo y se dejan de producir las hormonas para controlar la presión arterial, producir glóbulos rojos y activar la Vitamina D. Muchos enfermos no muestran ningún cambio hasta que la enfermedad ha avanzado a las etapas 4 o 5; sin embargo se pueden presentar alguno o varios de los siguientes síntomas:

- Cansancio y falta de energía.
- Dificultad para concentrarse en alguna tarea o actividad.
- Anorexia
- Dolor óseo
- Retención de agua
- Náusea y vómito.
- Problemas para conciliar el sueño.
- Piel reseca y comezón.

La Insuficiencia Renal Crónica en etapas o estadios avanzados (4 o 5) presenta otros signos y síntomas:

- Disminución en la cantidad diaria de orina.
- Edema.
- Mal aliento.

- Anemia (disminución de los niveles de glóbulos rojos en la sangre) y palidez en piel y encías.
- Alteraciones en el balance de calcio y fósforo.
- Acumulación de potasio en la sangre (hiperkalemia).
- Es frecuente que se presente o agrave la hipertensión arterial.
- Sangrado del tubo digestivo.
- Hipertrofia ventricular izquierda (crecimiento del ventrículo izquierdo del corazón). (41)

• Diagnóstico de la Enfermedad Renal Crónica

La ERC debe ser establecida basándose en la presencia de marcadores de daño renal y/o nivel de función renal (TFG) independientemente del diagnóstico etiológico y de acuerdo a la clasificación de estadios de K/DOQI. Las personas con riesgo incrementado para ERC deben ser sometidas a pruebas para estimar la tasa de filtración glomerular (TFG) y detectar daño renal. (42)

Estimación del FG

Clásicamente se ha utilizado la concentración sérica de creatinina para evaluar la función renal, pero se ha visto que incluso cifras de creatinina dentro del intervalo de referencia pueden corresponder a $FG < 60$ ml/min/1,73 m². Por ello la creatinina sérica no se debería utilizar como única prueba para el estudio de la función renal. El FG es la mejor herramienta para evaluar la función renal. El valor del FG varía en relación con la edad, sexo y masa corporal del individuo, situándose entre 90-140 ml/min/1,73 m² en personas adultas jóvenes sanas. Habitualmente se calcula el FG a partir de la depuración de sustancias endógenas, y el aclaramiento de creatinina corregido por la superficie corporal (1,73m²) ha sido hasta no hace mucho la forma más utilizada.

Evaluación de la lesión renal

- Albuminuria

La presencia de concentraciones elevadas de proteína o albúmina en la orina, de forma persistente, es un signo no sólo de lesión renal sino que muchas veces es signo de “daño sistémico”, más allá del riñón. Distintos estudios han mostrado la importancia de la proteinuria en la patogenia de la progresión de la ERC así como la relación de la albuminuria con el pronóstico renal y con la mortalidad en diversas poblaciones de modo independiente del FG y otros factores de riesgo clásicos de enfermedad cardiovascular. La albuminuria constituye, juntamente con el FG, la base del diagnóstico y clasificación en estadios actual de la ERC.

La orina de 24 horas es el exámen más adecuado para valorar la proteinuria o la albuminuria. (43)

Tasa Albuminuria / Creatinuria: La excreción urinaria de proteínas debe evaluarse mediante la tasa albúmina/creatinina (A/C) en una muestra aislada de orina, con rango normal < 20 mg/g en varones y < 30 mg/g en mujeres, preferiblemente en la primera orina de la mañana.

DEFINICIONES ³⁸	Tasa Albúmina / Creatinina (mg/gr)	
	Sexo	
	M	F
Microalbuminuria	20-200	30-300
Macroalbuminuria (Proteinuria)	> 200	> 300

La presencia de albuminuria será considerada clínicamente significativa de acuerdo a los siguientes parámetros: (44)

Los nefrólogos deben reconocer que aunque se utilice el término de albuminuria más que el de proteinuria, la pérdida de otras proteínas podría ser importante en la patogénesis de la enfermedad renal,

pronóstico y sus complicaciones. En este sentido debe recordarse que la determinación de proteinuria incluye no sólo la cuantificación de albúmina sino también la de proteínas de bajo peso molecular como proteínas de origen tubular o cadenas ligeras de inmunoglobulinas. (45)

- **Examen completo de orina con tira reactiva.**

Para evaluar hematuria y leucocituria debe ser realizada en personas en riesgo incrementado de desarrollar ERC y en pacientes con ERC. La persistencia de leucocituria o hematuria en ausencia de infección o instrumentación y presencia de cilindros celulares es siempre patológico. (46)

La presencia en el sedimento urinario de hematuria y/o leucocituria durante más de tres meses, una vez se ha descartado la causa urológica o la infección de orina (incluida la tuberculosis urinaria), pueden ser indicio de glomerulonefritis, pielonefritis o nefritis túbulo-intersticiales crónicas. (47)

- **Imágenes radiológicas patológicas.**

Los estudios de imágenes de los riñones deben ser realizados en pacientes en riesgo de desarrollar ERC y con ERC en personas seleccionadas de acuerdo a criterios establecidos.(48) La ecografía renal permite en primer lugar descartar la presencia de patología obstructiva de la vía urinaria pero también identificar anomalías estructurales que indican la presencia de daño renal, como puede ser la disminución del grosor parenquimatoso, cicatrices corticales, un aumento difuso de ecogenicidad, o hallazgos más específicos como quistes múltiples con riñones grandes y disminución del FG, que pueden llevar al diagnóstico de poliquistosis renal.

Determinadas alteraciones observadas en las pielografías, tomografías, resonancias o gammagrafías que pueden ser causa de alteraciones de la función renal, se pueden considerar también criterios de daño renal.

- **Alteraciones histológicas.**

La biopsia renal proporciona el diagnóstico directo, anatómico y patológico de la enfermedad renal en los casos de enfermedades glomerulares, túbulo-intersticiales, vascular y enfermedades sistémicas con afectación renal que pueden ser tributarias de tratamientos específicos y también en algunos casos de insuficiencia renal aguda. La indicación de biopsia forma parte del ámbito del especialista en nefrología. (49)

• **Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT).**

Cuando el paciente se encuentra en la etapa de ERCT, deberá recibir uno de los siguientes tratamientos:

Diálisis: Es el procedimiento por el cual se reemplaza la función de los dos riñones dañados por un filtro que purifica la sangre. Hay dos formas de diálisis:

- Diálisis Peritoneal: Cuando el tratamiento se hace a través del abdomen.
- Hemodiálisis: Se emplea la Máquina de Hemodiálisis denominada también “Riñón Artificial”.

Trasplante Renal: Consiste en realizar una operación quirúrgica colocando al paciente un riñón sano de un donante (vivo o con muerte cerebral), que va a hacer la función de los dos riñones, y por lo tanto dejará de dializarse.

El tratamiento se complementa con dieta en la alimentación del paciente, según indicación médica:

- Restricción de proteínas.
- Restricción de sal.
- Restricción de alimentos con potasio.
- Algunas veces restricción de agua.
- Alimentación con vitamina D, hierro, complejo B y ácido fólico. (50)

HEMODIÁLISIS

La hemodiálisis (HD) es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que supe parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, y de regular el equilibrio ácido-básico y electrolítico. No supe las funciones endocrinas ni metabólicas renales. Consiste en interponer entre 2 compartimientos líquidos (sangre y líquido de diálisis), una membrana semipermeable. Para ello se emplea un filtro o dializador. (51)

El tiempo normal de cada sesión es de 4 horas. La sangre continuamente sale del cuerpo, pasa a través del filtro y reingresa al cuerpo, consiguiéndose durante las sesiones de hemodiálisis una depuración adecuada de sustancias y una pérdida del líquido acumulado.

Durante la sesión, al paciente se le administra una sustancia anticoagulante llamada heparina para impedir que la sangre se coagule en el sistema extracorpóreo.

Cada sesión se realiza tres veces por semana y en los periodos interdiálisis, se le dan recomendaciones al paciente para que controle la ingesta de líquidos y de ciertos alimentos. La hemodiálisis se realiza normalmente en centros hospitalarios o locales habilitados a tal fin que obligan al paciente a desplazarse los días que les corresponda. (52)

Peso seco: Cada paciente tiene su propio peso seco, y se define como el peso ideal que debe tener siempre y cuando no tenga líquido acumulado. Así por ejemplo, un individuo con un peso seco de 70 kg, si antes de conectarse a la máquina pesase 72 kg, debería perder en ella 2 kg. Cada vez que un paciente se dializa, se pretende dentro, de lo posible, que una vez termine la sesión consiga quedarse en su peso seco, ya que ello indicaría que se han eliminado los excesos de líquido en su cuerpo.

- **Peso seco:** Es el peso ideal de un individuo, el que tiene cuando no hay excesos de líquido en sangre.
- **Peso Pre-Diálisis:** Es el peso del paciente antes de ser conectado a la máquina.
- **Peso Post-Diálisis:** Es el peso del paciente una vez desconectado de la máquina.

Siempre se intenta que el peso post-diálisis sea el mismo que el peso seco, aunque no siempre es posible, ya que no se aconseja una pérdida de peso muy abundante en una única sesión.

El peso seco de una persona, puede variar siempre que haya cambios en la alimentación. Si el paciente tiene más apetito, aumentará la cantidad de grasa en su cuerpo (engordará). En este caso, el paciente tendrá que decirlo en el centro de diálisis para que allí le ajusten el peso seco. Se puede detectar también si el paciente se encuentra mareado, o tiene calambres musculares, cuando en la diálisis se pierde más peso que el que tiene ajustado como seco en ese momento. (53)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y

en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado. (54)

“Según la OMS en Junio del 2001 la adherencia es el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas. Más cerca de la realidad: la adherencia es el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Según la revista Nurse Now # 002 de Abril del 2011. La adherencia es el compromiso voluntario y colaborador por parte del paciente con el objetivo mutuo de conseguir el resultado preventivo o terapéutico deseado, en este caso hay:

- Rol activo del paciente.
- Compromiso de aceptación de las indicaciones médicas.
- Responsabilidad compartida con el profesional. (55)

El tema de la adherencia a los tratamientos tiene tres momentos cruciales. En primer lugar, lograr que las personas acudan a diversos servicios de atención con lo cual se logra el contacto entre terapeuta y consultante. En segundo lugar, el reto es mantenerlo comprometido con el proceso iniciado, se denomina reto, en tanto esta tarea exige acciones dirigidas no sólo a los comportamientos de los consultantes, sino también de los profesionales y las instituciones. En tercer lugar, conseguir cambios en el estilo de vida perdurables una vez terminado el proceso de intervención es decir una vez enganchado y comprometido voluntariamente.

Los componentes de la adherencia son:

- Aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento. Conocerlo, haber aceptado un diagnóstico o una evaluación inicial (una vez comprendidos y evaluados por sí mismo).
- Poner en práctica las indicaciones (Cumplimiento) Realización de tareas, asistencia a citas, etc.

- Evitar comportamientos de riesgo (Prevención) Realización de las modificaciones necesarias para evitar empeorar el estado inicial.
- Incorporar al estilo de vida conductas saludables (Promoción) Realización de actividades para mejorar el estado inicial. (56)

• **Medición de la Adherencia Terapéutica.**

La evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes, y para lograr que los cambios en los resultados de salud puedan atribuirse al régimen recomendado. Además, las decisiones para cambiar las recomendaciones, los medicamentos o el estilo de comunicación para promover la participación de los pacientes dependen de la medición válida y fiable del constructo sobre la adherencia terapéutica. (57)

La medición bioquímica es un tercer enfoque para evaluar los comportamientos de adherencia terapéutica. Los marcadores biológicos no tóxicos pueden agregarse a los medicamentos y su presencia en la sangre o la orina puede aportar pruebas de que un paciente recibió recientemente una dosis del medicamento en estudio. Esta estrategia de evaluación no está exenta de inconvenientes, pues los resultados pueden ser desorientadores y son influidos por una variedad de factores individuales como: régimen alimentario, absorción y tasa de excreción.

El comportamiento de no adhesión se manifiesta de diversas maneras:

- Incumplimiento en la dieta.
- Incumplimiento en la ingesta de medicamentos y restricción de líquidos.
- Faltar o solicitar reducir el tiempo de las sesiones de diálisis.

Estimar estos criterios de no adhesión implica ciertas dificultades metodológicas, no obstante, los más utilizados son la ganancia de peso

inter diálisis (GPI), para evaluar el cumplimiento en la restricción de líquidos (Khechane & Mwaba, 2004), el cumplimiento con la dieta y la medicación es estimado por niveles de potasio y fosfato en suero en pre diálisis y el cumplimiento a las sesiones de diálisis. Se recomienda además como indicador de no cumplimiento, acortar las sesiones o faltar a alguna de ellas (Hailey & Moss, 2000).

El comportamiento de no adhesión es un fenómeno muy complejo, y no suficientemente estudiado. No obstante, existe suficiente evidencia con respecto a que el apoyo familiar y social es un determinante de la percepción de la calidad de vida que incide en la adhesión al tratamiento. (Kaveh & Kimmel, 2001; Kulik & Mahler, 1993; Christensen & Ehlers, 2002).

Las investigaciones realizadas han identificado algunas variables que se relacionan con escasa adhesión al tratamiento, estas son: la edad avanzada, el consumo de tabaco, bajo nivel educativo, depresión y baja percepción de daño, efectos secundarios de los medicamentos, creencias y actitudes del paciente con respecto a la salud, instrucciones poco claras, fallas en la comunicación médico-paciente, complejidad de los regímenes, escasa comprensión de la razón de las terapias y dificultades socioeconómicas (Kaveh & Kimmel, 2001).

Los aspectos cognitivos y emocionales también han demostrado cierta relación con el comportamiento de adhesión; percepción de éxito en el cumplimiento previo del tratamiento, atribución de éxito al esfuerzo, motivación hacía la adhesión, expectativas de eficacia, locus de control (Hailey & Moss, 2000) y estados emocionales como la ansiedad, el estrés y la depresión son factores que afectan la adhesión al tratamiento de hemodiálisis, esta última se ha asociado principalmente con la ganancia de peso interdiálisis (García, Fajardo, Guevara, González & Hurtado, 2002).

Las variables emocionales se encuentran estrechamente asociadas con la relación que se establece entre el personal asistencial y los pacientes sometidos a hemodiálisis, lo cual es un factor que puede afectar el cumplimiento a prescripciones médicas (Rorer, Tucker & Blake, 1988). (58)

- **Estrategias para promover la Adherencia Terapéutica.**

- Los pacientes necesitan apoyo, no ser culpados.

A pesar de las pruebas en contrario, aún se tiende a centrar en los factores relacionados con el paciente las causas de los problemas con la adherencia, y se descuidan relativamente el personal asistencial y los determinantes vinculados con el sistema de salud. Estos últimos factores constituyen el ambiente de asistencia sanitaria en el cual los pacientes reciben atención y ejercen un considerable efecto sobre la adherencia terapéutica. Urge llevar a cabo intervenciones orientadas a los factores pertinentes en el ambiente de la atención de salud.

Los pacientes también pueden frustrarse si no se recaban ni tienen en cuenta sus preferencias respecto de las decisiones terapéuticas.

Uno de los factores de falta de adherencia se relaciona con la manera en la cual los individuos juzgan la necesidad personal de un medicamento en relación con sus temores por los posibles efectos adversos. Horne y colaboradores propusieron un marco sencillo de necesidad-temores para ayudar a los médicos a recabar y abordar algunas de las creencias claves que influyen en la adherencia de los pacientes a la medicación. Las creencias sobre la necesidad y los temores constituyen una sumatoria evaluativa de lo que para el individuo representa lo fundamental de los posibles inconvenientes y beneficios o los pros y contras del tratamiento.

- Las consecuencias de la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo son magros resultados de salud y mayores costos sanitarios.

La adherencia es un determinante primario de la efectividad del tratamiento, porque si es deficiente atenúa el beneficio clínico óptimo. La buena adherencia terapéutica mejora la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los modos de vida saludables, como modificar regímenes alimentarios, aumentar la actividad física, no fumar, etc. y de las intervenciones farmacológicas de reducción de riesgos.

Además de su repercusión positiva sobre el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas, las tasas de adherencia terapéutica altas brindan beneficios económicos. Los ejemplos de estos mecanismos incluyen ahorros directos generados por el menor uso de los servicios de salud complejos y costosos necesarios en los casos de exacerbación de la enfermedad, la crisis y la recaída. Los ahorros indirectos pueden atribuirse a la mejoría de, o la preservación de, la calidad de vida y de las funciones sociales y vocacionales de los pacientes.

- La adherencia terapéutica requiere un enfoque multidisciplinario.

El problema de la falta de adherencia se ha discutido con amplitud, pero ha sido relativamente descuidado en el marco de la prestación de los servicios de atención en salud. No obstante la extensa base de conocimientos, se han fragmentado los esfuerzos para abordar el problema y, con pocas excepciones, no han logrado aprovechar las contribuciones potenciales de las diversas disciplinas de la salud. Se necesita un compromiso más fuerte con un enfoque multidisciplinario para lograr avances en este tema. Esto requerirá la acción coordinada

de los profesionales de la salud, los investigadores, los planificadores sanitarios y los formuladores de políticas.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones” en este informe, de las cuales los factores relacionados con el paciente solo son un determinante. La creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento.

Las cinco dimensiones se tratan brevemente a continuación. El grado en que se extiende la exposición sobre cada dimensión refleja la cantidad de datos existentes, que son sesgados por la errónea concepción tradicional de que la adherencia es un problema impulsado por el paciente.

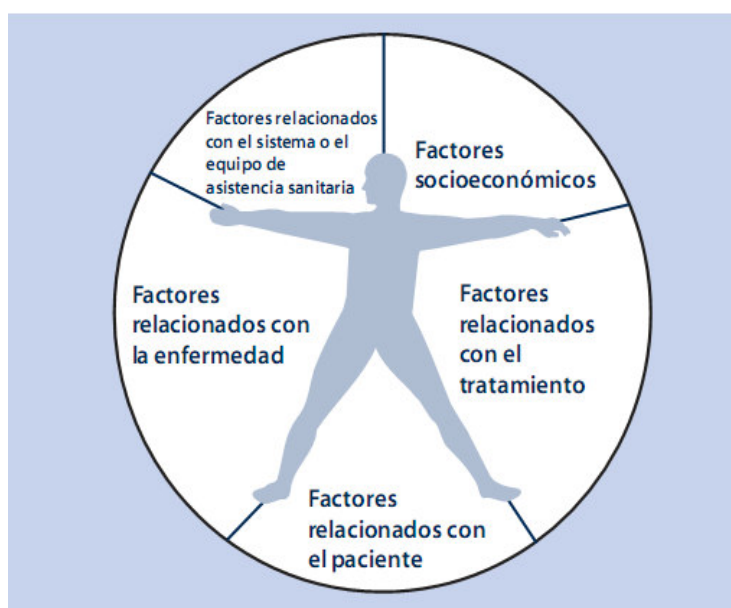


FIGURA.- Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica.

- **Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria.**

Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

- **Factores socioeconómicos.**

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos, los padres que los cuidan.

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del

centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar.

- **Factores relacionados con el tratamiento.**

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.

- **Factores relacionados con el paciente.**

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente.

El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento, asesoramiento; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder seguirlo. Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse concurrentemente con las biomédicas si se busca mejorar la adherencia general.

- **Factores relacionados con la enfermedad.**

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la

gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica. (59)

ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA.

El papel de la enfermera profesional especialista en nefrología abarca los diferentes niveles de atención en el paciente renal desde la prevención, detección y tratamiento de la ERC, es cada día más activo y relevante a través de cuidados de enfermería con un abordaje multifactorial y educación sanitaria para lograr una adhesión sostenida a hábitos saludables y un correcto manejo de la ERC en sus diferentes estadios.

El rol de enfermería en el primer nivel abarca los programas de prevención de la ERC cuya población objetivo son pacientes con función renal normal con uno o más factores de riesgo. Entre sus funciones están:

- Promoción de hábitos saludables: ejercicio, alimentación, antitabaquismo, control sobrepeso/obesidad, control de salud cada seis meses o anual.
- Trabajo en equipo, interdisciplinario e intersectorial.
- Realizar actividades educativas (talleres) y recreativas, intra y extra muros para la captación de individuos de la comunidad con factores de riesgo.
- Consulta de Enfermería.
- Seguimiento de pacientes y familia.
- Derivación a otros integrantes del equipo en caso de ser necesario.
- Visitas domiciliarias.

Para el segundo nivel de atención, el profesional de enfermería participa en el Programa de mejora de calidad asistencial de pacientes con

Enfermedad Renal Crónica en estadio 1 a 3. Dentro de las funciones de enfermería a las anteriores se agregan:

- Conservar el mayor tiempo posible la función residual retrasando la progresión de la enfermedad.
- Control de los factores riesgo vascular y renal: proteinuria, tensión arterial, dislipemia, anemia, metabolismo glucídico, metabolismo Ca/P.

En el tercer nivel de atención, el profesional de enfermería participa en Programa de mejora de calidad asistencial de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada cuya población son los pacientes con ERC en estadio 4 ⁽⁶⁰⁾. Entre sus acciones y/o cuidados están:

- Potenciar los autocuidados y la autonomía del paciente.
- Conservar el mayor tiempo posible la función renal, retrasando en lo posible la progresión de la enfermedad.
- Optimizar la calidad de vida del paciente en el periodo pre TSFR.
- Disminuir la Co-morbilidad.
- Apoyar al paciente en la decisión sobre TSFR.
- Coordinar la planificación del Acceso Vascular y/o catéter peritoneal.
- Programar entrada en técnica sustitutiva elegida, evitando complicaciones y uso de accesos temporales.
- Disminuir los costes sanitarios. ⁽⁶¹⁾
- Informarles sobre: el manejo correcto de la Eritropoyetina (EPO), programa de vacunación encaminado a prevenir la aparición de enfermedades víricas que puedan llegar a ser graves, consejos dietéticos en combinación con la Nutricionista con el fin de conseguir que los pacientes adquieran unos hábitos alimenticios adecuados que les permitan mejorar su calidad de vida. ⁽⁶²⁾

En fase de ERCT (estadio 5), el enfermero especialista quién recibe al paciente en el programa de diálisis y/o trasplante ejecutará los procedimientos de enfermería de acuerdo al manual de Procedimientos, en forma oportuna, eficaz, con calidad y calidez a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Éste deberá ser realizado guardando la más estricta adhesión a las normas de Bioseguridad, las mismas que deben estar basadas en normas y procedimientos de acuerdo a los estándares internacionales. (63)

El cuidado del paciente renal debe ser integral, sus cuidados deben ir dirigidos tanto a las intervenciones derivadas de los diagnósticos de enfermería como de los problemas de colaboración, debemos potenciar el autocuidado, darle soporte emocional y hacer un esfuerzo en una educación sanitaria sistemática tanto al paciente como a su entorno familiar o afectivo. (64)

ENFERMERÍA EN HEMODIÁLISIS.

La atención de la Enfermera de Hemodiálisis se centra en cuatro aspectos fundamentales del cuidado del paciente: la educación sanitaria, la vigilancia y control de los parámetros de la diálisis para asegurar la eficacia de la técnica, la vigilancia y control del buen funcionamiento del acceso vascular, la detección y corrección de posibles complicaciones asociadas al tratamiento sustitutivo y a la Enfermedad Renal.

- Educación sanitaria: en este ámbito es muy importante el consejo dietético, incluida la restricción de la ingesta de líquidos (el paciente es pesado antes y después de cada sesión de hemodiálisis, lo que permite conocer el volumen acumulado entre sesiones y que se eliminará con el tratamiento); y la evaluación del cumplimiento dietético por parte del paciente (para evitar complicaciones relacionadas por ejemplo con la hiperpotasemia, hipercalcemia o la

hipervolemia). Se incluye aquí también formación sobre el cuidado del acceso vascular y los signos y síntomas que requerirán consulta inmediata con los profesionales sanitarios.

- Parámetros de la diálisis: los monitores de hemodiálisis proporcionan datos que permiten una evaluación continua de la eficacia del tratamiento así como de la funcionalidad del acceso vascular. Es labor de la enfermera la interpretación y registro de estos parámetros.
- El Acceso Vascular: el acceso vascular es la línea de vida del paciente y su buen funcionamiento uno de los objetivos principales de los cuidados de enfermería, antes, durante y después de cada sesión de Hemodiálisis. La enfermera evalúa la funcionalidad y registra la presencia de signos y síntomas que podrían provocar complicaciones o la pérdida del acceso a corto o a largo plazo.
- Complicaciones: las complicaciones durante y después de la hemodiálisis suelen estar relacionadas con la no tolerancia del paciente a la sesión (hipotensión, vómitos, dolor, calambres, etc.) o con dificultades en la función del acceso vascular. Una evaluación continua de las constantes vitales entre otros ayuda a prevenir estas complicaciones y a detectarlas de forma precoz.

El paciente en programa de hemodiálisis es un paciente crónico, habitualmente pluripatológico, que “debe conectarse a una máquina tres días a la semana durante tres o cuatro horas para poder seguir viviendo”. No se han de olvidar las consecuencias psicológicas que esto le puede suponer, consecuencias que a menudo se manifiestan en forma de depresión que puede ir en detrimento de su autocuidado. En este contexto enfermería ejerce un importante papel de apoyo emocional que también se ha de tener en cuenta. (65)

ENFERMERÍA EN LA MEJORA DE LA ADHERENCIA.

La no adherencia a los regímenes de tratamiento es un desafío persistente para el personal de enfermería y los demás profesionales de la salud. Se calcula que la proporción de pacientes que no logran adherirse a los regímenes prescritos comprende de 20 a 80%

Los profesionales de la enfermería son conscientes de las consecuencias de la no adherencia y su costo elevado para el paciente, la comunidad y el sistema de atención de salud. Además, estos profesionales están demasiado familiarizados con las frustraciones por los fracasos del tratamiento, los magros resultados de salud y la insatisfacción del paciente que acompañan a la adherencia deficiente. Las intervenciones de enfermería para multiplicar la adherencia deben basarse en enfoques innovadores que incluyen la prescripción por estos profesionales, la participación del paciente en el autocuidado y la evaluación y el monitoreo continuos de los regímenes de tratamiento. Tales enfoques deben fomentar asociaciones terapéuticas entre pacientes y personal de enfermería que sean respetuosos de las creencias y elecciones del paciente para determinar cuándo y cómo deben seguirse los regímenes de tratamiento. Dado que gran parte del tratamiento para los procesos crónicos tiene lugar en el hogar y entornos comunitarios, el personal de enfermería puede proporcionar un enlace y apoyar mediante visitas a domicilio, y recordatorios telefónicos y de otro tipo que facilitan la adherencia. Las estrategias de enfermería para mejorar la adherencia son:

- la evaluación del grado de la adherencia mediante preguntas no amenazantes.
- educar a los pacientes en su enfermedad, la importancia de la adherencia, modo en que ayudará el tratamiento, efectos colaterales posibles y cómo afrontarlos.

- alentar al paciente para que cultive las relaciones terapéuticas con los profesionales de la salud y converse con los compañeros y miembros de la familia.

Asegurar que se siguen los regímenes de tratamiento son algunas de las funciones clave en la enfermería. Los programas de educación continua para las el personal de enfermería y los demás profesionales de la salud pueden mejorar su competencia y concientización sobre la importancia de la adherencia en la atención de salud. ⁽⁶⁶⁾

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

Factores que intervienen en la Adherencia al tratamiento de Hemodiálisis: Son todas las respuestas expresadas del paciente con IRCT sometido a Hemodiálisis referente a todas aquellas situaciones, circunstancias o condiciones que experimenta en torno a la enfermedad en el aspecto personal, familiar y social. El cuál fue obtenido a través de una encuesta de estructura dicotómica y valorado en presente y ausente.

Insuficiencia Renal Crónica Terminal: Sucede cuando sus riñones paran de trabajar suficientemente para sobrevivir (los riñones le están funcionando por debajo del 10 % de su función normal). Este tipo de falla renal es permanente.

Hemodiálisis: Es un tratamiento paliativo de sustitución de la función renal que permite el filtrado de toxinas y residuos de la sangre, que se le realiza al paciente con Insuficiencia Renal por un tiempo de tres horas como promedio e interdiaria.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. NIVEL, TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es de nivel aplicativo ya que se originó en la realidad para modificarla, tipo cuantitativo en razón a que se asignó un valor numérico a los hallazgos, método descriptivo exploratorio de corte transversal ya que los datos obtenidos fueron presentados tal y como se obtuvieron en un tiempo y espacio determinado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Hemodiálisis Vida Renal E.I.R.L., quien inauguró sus servicios en Febrero del 2012, cuya dirección legal es el Av. José María Seguí N° 894 Zona D, San Juan de Miraflores (SJM).

Este Centro cuenta con modernos equipos que permiten brindar una buena atención a aquellos que padecen de Enfermedad Renal.

La infraestructura consta de 3 pisos donde en su primer piso se encuentra la sala de Hemodiálisis teniendo, en su totalidad 17 máquinas modernas que brindan dicha atención.

La atención es de Lunes a Sábado de 6:30 am hasta las 7:15 pm, contando actualmente con 50 pacientes quienes son atendidos en las sesiones de hemodiálisis exceptuando los Domingos.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población está compuesta por 50 pacientes con IRCT que acuden al Centro de Hemodiálisis Vida Renal – SJM

3.4. MUESTRA Y MUESTREO

La muestra se obtuvo mediante el muestreo probabilístico de proporción para población finita y aleatoria simple quedando conformado por 23 pacientes (Anexo E)

3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.5.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con IRCT en terapia de hemodiálisis mayor a 3 meses.
- Mayor de 18 años.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con otro diagnóstico diferente a IRCT en terapia de hemodiálisis.
- Pacientes que tengan algún impedimento físico o mental: sordos, mudos, Síndrome de Down, etc.
- Pacientes que no completen el instrumento.

3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario (Anexo B); que consta de presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos, el cual fue sometido a juicio de expertos (8) siendo procesada la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial (Anexo D). Posterior a ello se realizaron las sugerencias de los expertos a fin de someter a prueba piloto para determinar la validez estadística mediante la prueba ítem – test de correlación de Pearson, en

el cual la r fue > 0.2 (Anexo H) y para la confiabilidad se aplicó la prueba de Kuder-Richardson, para lo cual se obtuvo un valor > 0.5 (Anexo I).

3.7. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para implementar el estudio se realizaron los trámites administrativos a través de un oficio dirigido a la oficina administrativa del Centro de HD Vida Renal, a fin de obtener la autorización para la ejecución del estudio. Posterior a ello se llevó a cabo las coordinaciones necesarias con el Médico y la Enfermera jefe encargados, para establecer el cronograma de recolección de datos, teniendo en cuenta de 15 a 20 minutos para su aplicación previo consentimiento informado. Posterior a la recolección de los datos, éstos fueron procesados mediante el uso de la hoja de cálculo de Excel, previa elaboración de la tabla de códigos (Anexo F) y la tabla matriz de datos (Anexo G).

Los resultados serán presentados en gráficos y/o tablas estadísticas para el análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó estadística descriptiva a través de la frecuencia absoluta, porcentaje y promedio aritmético a fin de valorar la variable en presente y ausente.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para implementar el estudio fue necesario contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los sujetos de estudio respetando la autonomía, y privacidad de paciente. (Anexo C)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados y presentados en tabla y gráficos estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación, considerando el marco teórico. Así tenemos que:

4.1. RESULTADOS

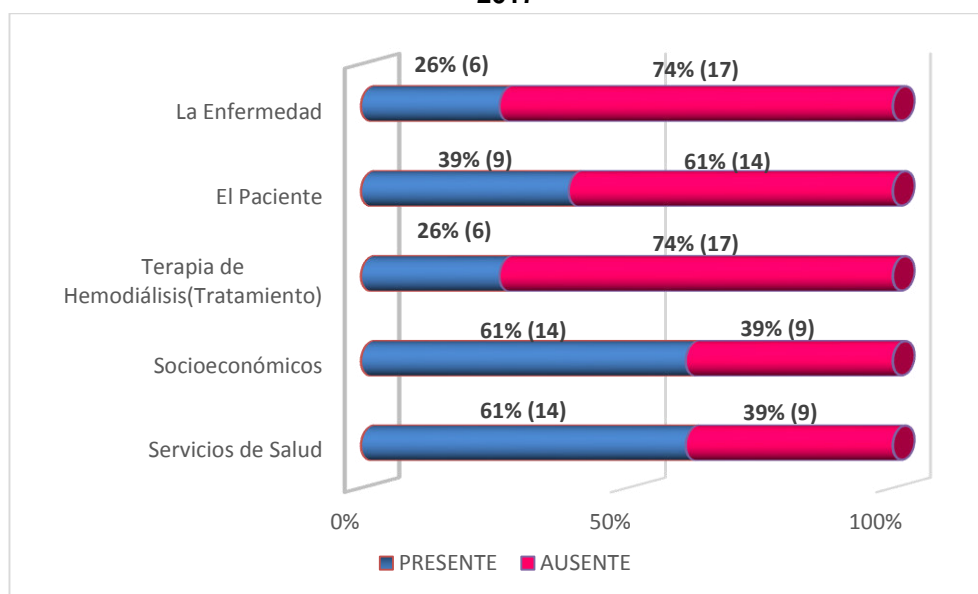
En cuanto a los datos generales tenemos que del 100%(23) pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis, 30%(7) tienen entre 62 a 69 años; 22%(5) entre 70 a 77 años; 17%(4) entre 38 a 45 años; 13%(3) entre 54 a 61 años; 9%(2) entre 78 a 85 años y 9% (2) entre 46 a 53 años; en cuanto al sexo, 65% (15) son varones y 35 % (8) mujeres; respecto del tiempo de terapia 61%(14) tienen entre 1 a 3 años; 49%(11) son casados y 57%(13) tienen secundaria completa; 78%(17) vive con sus familiares; 51%(12) son trabajadores activos y 70%(16) son de religión católica (Anexo K).

Por lo expuesto se puede evidenciar que el mayor porcentaje de pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis son varones, tienen entre 62 a 77 años; es decir son adultos mayores; entre 1 a 3 años de terapia de Hemodiálisis, son casados, tienen secundaria completa, la mayoría vive con sus familiares, son trabajadores activos y son de religión católica.

Respecto a los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal, del 100% (23), en relación a los servicios de salud 61% (14) se encuentran presentes y 39% (9) ausentes. En cuanto a los factores socioeconómicos 61% (14) están presentes

GRÁFICO N° 1

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON IRCT SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS VIDA RENAL – SJM. 2014 LIMA – PERÚ 2017



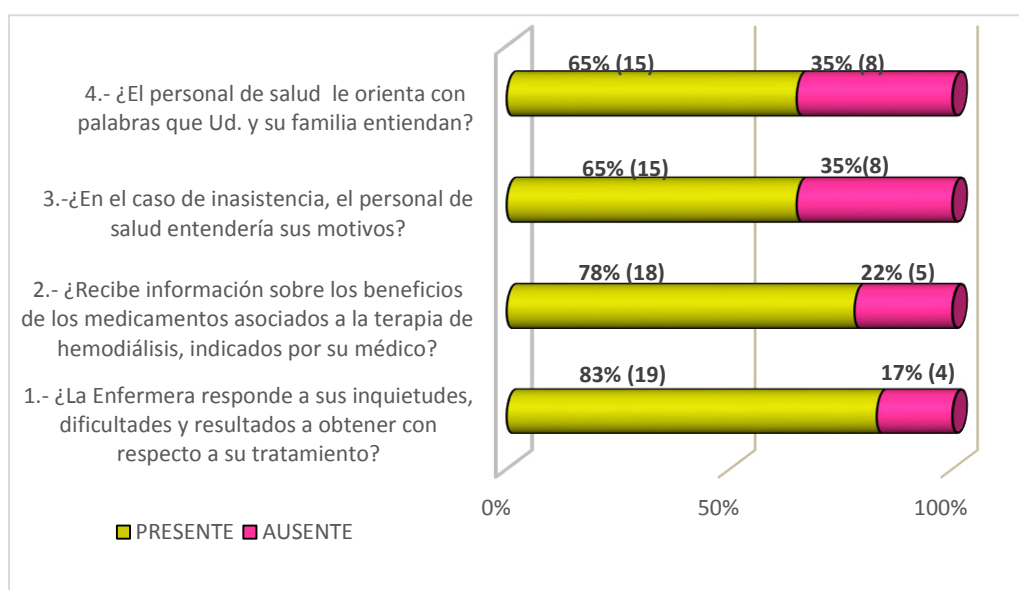
Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRCT en el CD Vida Renal – 2014

y 39% (9) están ausentes. Sobre los factores relacionados con el tratamiento (terapia de hemodiálisis) 74% (17) están ausentes y 26% (6) presentes; así mismo respecto de los factores relacionados con el paciente 61%(14) están ausentes y 39%(9) presentes; mientras que los factores relacionados con la enfermedad 74%(17) están ausentes y 26%(6) presentes (Gráfico N° 1 y Anexo L). Los aspectos referidos a los factores ausentes están dados por el incumplimiento durante la terapia de hemodiálisis por parte del paciente ya que ha sido impuntual muchas veces, así como presentar ganancia mayores a 2.5 kg entre terapia perjudicando de esta manera la adherencia al tratamiento.

En cuanto a los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis en la dimensión

GRÁFICO N° 2

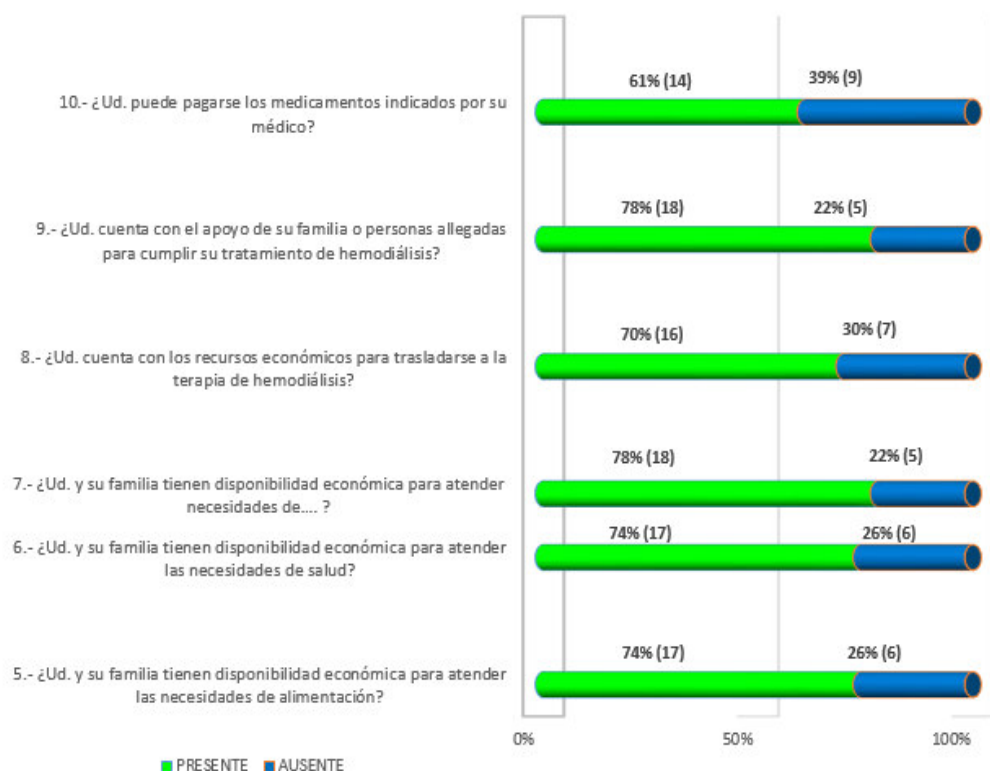
FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON IRCT SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS VIDA RENAL – SJM. 2014 LIMA – PERÚ 2017



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRCT en el CD Vida Renal – 2014

factores relacionados con los servicios de salud según ítems, del 100%(23), 61%(14) están presentes y 39%(9) están ausentes (Anexo M). Los ítems que están presentes está dado porque el 83%(19) refiere que la enfermera responde a sus inquietudes, dificultades y resultados a obtener con respecto al tratamiento, 78%(18) recibe información sobre los beneficios de los medicamentos asociados a la terapia de hemodiálisis indicados por su médico, un 65%(15) manifiesta que en el caso de inasistencia, el personal de salud entendería sus motivos y otro 65%(15) refiere que el personal de salud le orienta con palabras que ellos y su familia entiendan. En esta dimensión los factores que están ausentes representan el menor porcentaje en cada uno de los ítems. (Anexo M).

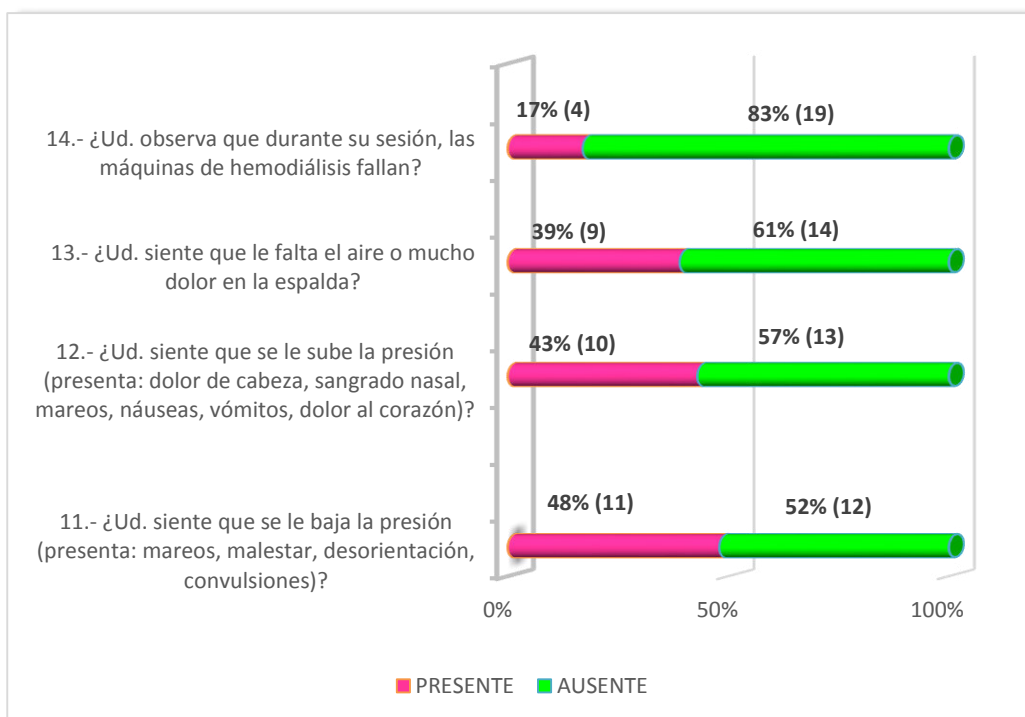
GRÁFICO N° 3
FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE INTERVIENEN EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES
CON IRCT SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS QUE
ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS
VIDA RENAL – SJM. 2014
LIMA – PERÚ
2017



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRCT en el CD Vida Renal – 2014

Acerca de los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis en la dimensión factores socioeconómicos según ítems, del 100%(23), 61%(14) están presentes y 39%(9) están ausentes (Anexo N). Los ítems que están presentes en mayor porcentaje está expresado a que el 78%(18) de los pacientes cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento de hemodiálisis, 78%(18) él y su familia tienen

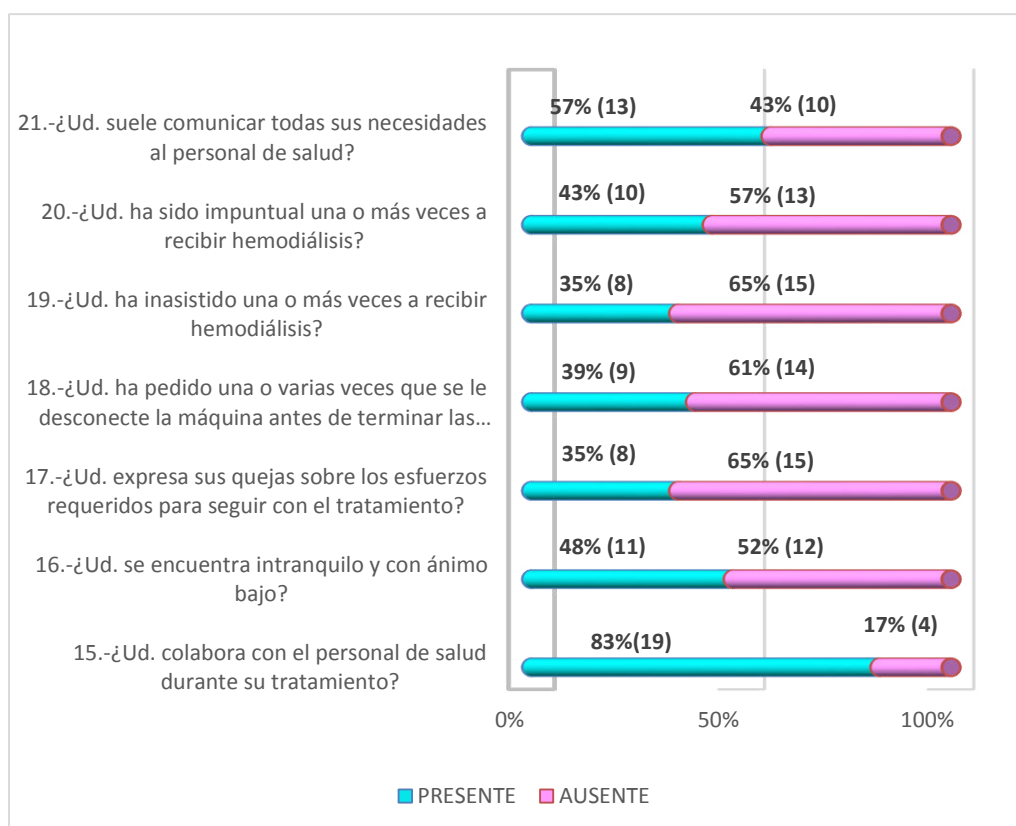
GRÁFICO N° 4
FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA DE HEMODIÁLISIS QUE
INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS
PACIENTES CON I.R.C.T. SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS
QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS
VIDA RENAL - SJM. 2014
LIMA – PERÚ
2017



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRCT en el CD Vida Renal – 2014

disponibilidad económica para atender las necesidades de vivienda, 74%(17) tienen disponibilidad económica para atender las necesidades de salud; así mismo con igual porcentaje de 74%(17) tienen disponibilidad económica para atender las necesidades de alimentación, el 70%(16) cuenta con los recursos económicos para trasladarse a la terapia de hemodiálisis y el 61%(14) puede pagarse los medicamentos indicados por su médico, mientras que los factores que están ausentes en este factor no representan un mayor porcentaje por ítems (Gráfico N°3 y Anexo N).

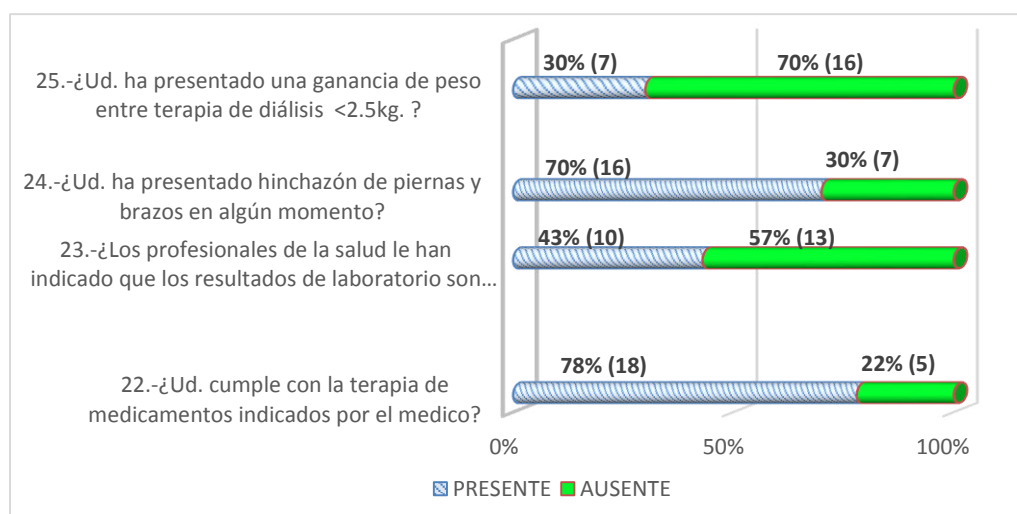
GRÁFICO N° 5
FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE QUE INTERVIENEN EN
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON
I.R.C.T. SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS QUE
ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS
VIDA RENAL - SJM. 2014
LIMA – PERÚ
2017



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRCT en el CD Vida Renal – 2014

Sobre los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis en la dimensión factores relacionados a la terapia de hemodiálisis según ítems, del 100%(23), 26% (6) están presentes y 74% (17) están ausentes (Anexo O). Los ítems que están presentes está expresada por el 48% (11) siente que se le baja la presión (presenta: mareos, malestar, desorientación, convulsiones), y el 43%(10) de pacientes con IRCT siente que se le sube la presión (presenta: dolor de cabeza, sangrado nasal, mareos, náuseas,

GRÁFICO N° 6
FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD QUE INTERVIENEN EN
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON
I.R.C.T. SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS QUE
ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS
VIDA RENAL - SJM. 2014
LIMA – PERÚ
2017



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRCT en el CD Vida Renal – 2014

vómitos, dolor al corazón).

Mientras que los ítems que están ausentes está dado por el 83%(19) observa que durante su sesión, las máquinas de hemodiálisis no fallan y el 61%(14) no siente que le falta el aire o mucho dolor en la espalda. (Gráfico N° 4 y Anexo O).

Respecto a la dimensión factores relacionados al paciente según ítems, del 100%(23), 61%(14) están ausentes y 39%(9) presentes (Anexo P). Los ítems que están presentes está expresada por el 83% (19) colaboran con el personal de salud durante su tratamiento y el 57%(13) de pacientes con IRCT sometidos a hemodiálisis suele comunicar todas sus necesidades al personal de salud. Mientras que los ítems que están ausentes está dado por el 61%(14) no ha pedido una o varias veces que

se le desconecte la máquina antes de terminar las horas de hemodiálisis necesarias, 57%(13) no ha sido impuntual al recibir hemodiálisis, el 65%(15) ha asistido una o más veces a recibir hemodiálisis, asimismo con igual valor porcentual del 65%(15) pacientes con IRCT sometidos a hemodiálisis no expresan sus quejas sobre los esfuerzos requeridos para seguir con el tratamiento. (Gráfico N° 5 y Anexo P).

Acerca de los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis en la dimensión factores relacionados con la enfermedad 74%(17) están ausentes y 26%(6) presentes (Anexo Q). Los ítems que están presentes está expresado a que el 78%(18) cumple con la terapia de medicamentos indicados por el médico y el 70%(16) ha presentado hinchazón de piernas y brazos en algún momento. Mientras que los factores que están ausentes está referida por el 70%(16) no ha presentado una ganancia adecuada de peso entre terapia de diálisis <2.5kg. y un 57%(13) refiere que los profesionales de la salud no le han indicado que sus resultados de laboratorio tienen valores altos de fósforo y potasio. (Gráfico N°6 y Anexo Q).

4.2. DISCUSIÓN

La ERC es considerada actualmente como un problema de salud pública a nivel mundial. El estado más avanzado de la ERC, se denomina Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), los pacientes que alcanzan esta condición requieren para su sobrevivencia recibir costosos tratamientos de reemplazo o sustitución de la función renal tales como la diálisis o trasplante renal que requieren una buena adherencia para obtener resultados óptimos durante el tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo. La adherencia al

tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinario. Las investigaciones realizadas han identificado algunas variables que se relacionan con escasa adhesión al tratamiento, estas son: la edad avanzada, el consumo de tabaco, bajo nivel educativo, depresión y baja percepción de daño, efectos secundarios de los medicamentos, creencias y actitudes del paciente con respecto a la salud, instrucciones poco claras, fallas en la comunicación médico-paciente, complejidad de los regímenes, escasa comprensión de la razón de las terapias y dificultades socioeconómicas (Kaveh & Kimmel, 2001).

En el caso de la hemodiálisis interactúan diversos factores que van a intervenir en la adherencia que es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores, denominados “dimensiones”; de las cuales los relacionados con los servicios de salud representan a una buena relación proveedor-paciente que puede mejorar la adherencia terapéutica. Se ha realizado relativamente poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo el sistema de asistencia sanitaria, una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. Estos son: servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar

seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. Al respecto la revista Nurse Now # 002 de Abril del 2011 indica que la adherencia es el compromiso voluntario y colaborador por parte del paciente con el objetivo mutuo de conseguir el resultado preventivo o terapéutico deseado por ello es importante que las personas acudan a diversos servicios de atención con lo cual se logra el contacto entre terapeuta y consultante, para luego continuar con el reto de mantenerlo comprometido con el proceso iniciado, se denomina reto, en tanto esta tarea exige acciones dirigidas no sólo a los comportamientos de los consultantes, sino también de los profesionales y las instituciones. Estos supuestos guardan concordancias con nuestros resultados ya que los factores relacionados con los servicios de salud se encuentran presentes en su mayoría, pues los pacientes refieren que la enfermera responde a sus inquietudes, dificultades y resultados a obtener con respecto al tratamiento, recibe información sobre los beneficios de los medicamentos asociados a la terapia de hemodiálisis indicados por su médico, manifiesta que en el caso de inasistencia, el personal de salud entendería sus motivos y expresan que el personal de salud le orienta con palabras que ellos y su familia entiendan. Resultados que guardan cierta similitud con el estudio realizado por Saad Acosta, Cecilia y Col.; el 2007, en Colombia, en donde se concluye que entre los factores que permitieron mantener la adherencia a las sesiones de hemodiálisis se identificaron: la conformidad con el horario de las sesiones y la satisfacción con el personal de salud que los atiende, así mismo Contreras Orozco, Astrid; el 2006, en su estudio titulado: “Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial”, concluye que existe un sistema de atención que promueve en los pacientes

comportamientos positivos que favorecen la adherencia terapéutica, sin embargo estos hallazgos difieren con los obtenidos por Rodríguez Alba y Gómez Ana; el 2009, en Colombia; en su estudio titulado: “Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular”, encontraron que existe la necesidad de fortalecer a los profesionales de la salud en el manejo de la adherencia desde los ámbitos académicos y la creación o fortalecimiento de los programas educativos en las instituciones de salud. Estos factores constituyen el ambiente de asistencia sanitaria en el cual los pacientes reciben atención y ejercen un considerable efecto sobre la adherencia terapéutica. Urge llevar a cabo intervenciones orientadas a los factores pertinentes en el ambiente de la atención de salud.

Los factores socioeconómicos que intervienen en la adherencia constituyen el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento y la disfunción familiar. El comportamiento de no adhesión es un fenómeno muy complejo, y no suficientemente estudiado. No obstante, existe suficiente evidencia con respecto a que el apoyo familiar y social es un determinante de la percepción de la calidad de vida que incide en la adhesión al tratamiento. (Kaveh & Kimmel, 2001; Kulik & Mahler, 1993; Christensen & Ehlers, 2002). Al respecto Beuter Margrid y Col.; el 2008, Brasil; en su estudio titulado: “Adhesión de individuos a terapia hemodialítica, concluyen que el apoyo familiar y el ingreso económico son importantes para mantener una buena adherencia, resultados que guardan cierta similitud con el de este estudio ya que los factores socioeconómicos se encuentran presentes interviniendo en la

adherencia expresado en su mayoría por los pacientes como el contar con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento de hemodiálisis, tienen disponibilidad económica para atender las necesidades de vivienda, necesidades de salud; así mismo tienen disponibilidad económica para atender las necesidades de alimentación, cuentan con los recursos económicos para trasladarse a la terapia de hemodiálisis y puede pagarse los medicamentos indicados por su médico. Por otro lado Pabón Varela Yadira (2015), en Colombia; en su estudio titulado: “Factores que influyen en la adherencia en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con riesgo de enfermedades cardiovasculares” concluye que los factores socioeconómicos influyen en la baja adherencia de los pacientes, la adherencia a los tratamientos es esencial para el bienestar de los pacientes, es un componente importante, su ausencia aumenta la probabilidad del fracaso y causar complicaciones innecesarias lo que conduce a un mayor gasto en la atención de salud, discapacidad y muerte temprana, resultados que; a pesar de que son en otro grupo poblacional con distintas características, nos permite observar que los factores socioeconómicos de una u otra manera influirán e intervendrán en la adherencia al tratamiento.

En la dimensión factores relacionados con la terapia de hemodiálisis son muchos los factores que intervienen sobre la adherencia, los más notables son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. Las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima. En el presente estudio estos factores se encuentran ausentes en mayor porcentaje expresado por que los pacientes observan que durante su sesión, las máquinas de hemodiálisis no fallan y no sienten que le falta el aire o mucho dolor en

la espalda. Este fenómeno se repite en otras realidades con diferentes grupos con diferente patología; al respecto Luna Guerrero, Beatriz, 2014, en Lima; en su estudio titulado: “Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del Centro de Salud Ex Fundo Naranjal 2013”, concluyó que los factores que afectan la adherencia en mayor porcentaje son los factores relacionados con el tratamiento los cuales están dados por el incumplimiento de los regímenes dietéticos ya que el niño no consume vísceras, carnes rojas y pescado de 3 a más veces por semana, no consume menestras, y alimentos ricos en hierro para prevenir y tratar la anemia.

Hailey & Moss, (2000) recomiendan como indicador de no cumplimiento, acortar las sesiones o faltar a alguna de ellas, que tiene que ver directamente con el paciente; así como los aspectos cognitivos y emocionales que también han demostrado cierta relación con el comportamiento de adhesión; percepción de éxito en el cumplimiento previo del tratamiento, atribución de éxito al esfuerzo, motivación hacia la adhesión, expectativas de eficacia y estados emocionales como la ansiedad, el estrés y la depresión son factores que afectan la adhesión al tratamiento de hemodiálisis. A pesar de las pruebas en contrario, aún se tiende a centrar en los factores relacionados con el paciente las causas de los problemas con la adherencia, y se descuidan relativamente el personal asistencial y los determinantes vinculados con el sistema de salud. Los pacientes también pueden frustrarse si no se recaban ni tienen en cuenta sus preferencias respecto de las decisiones terapéuticas. Uno de los factores de falta de adherencia se relaciona con la manera en la cual los individuos juzgan la necesidad personal de un medicamento en relación con sus temores por los posibles efectos adversos. Horne y colaboradores (2002) propusieron un marco sencillo de necesidad-temores para ayudar a los médicos a recabar y abordar algunas de las creencias claves que influyen en la adherencia de los pacientes a la

medicación. Las creencias sobre la necesidad y los temores constituyen una sumatoria evaluativa de lo que para el individuo representa lo fundamental de los posibles inconvenientes y beneficios o los pros y contras del tratamiento.

Al respecto la OMS en el 2011 plantea que Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento, asesoramiento; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

Ocampo Rujel, Percy (2014) concluye que Los pacientes hipertensos de Trujillo y Chimbote son incumplidores al tratamiento médico y los factores negativos más influyentes fueron la automedicación y la inasistencia a citas programadas. Saad Acosta, Cecilia y Col. (2007) Colombia; en su estudio “Adherencia de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica a las sesiones de Hemodiálisis del Hospital Militar Central, Bogotá”, en donde que entre los factores que permitieron mantener la adherencia a

las sesiones de hemodiálisis se identificaron: la concientización de estos pacientes sobre las consecuencias de la inasistencia a las sesiones de hemodiálisis, que los expone al descontrol de la enfermedad y a que el tratamiento sea ineficaz. Asimismo Villagrán Venegas, Aida (2012) en Ecuador; realizó un estudio titulado: “Relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los y las pacientes con IRCT, sometidos a Hemodiálisis, en el Hospital Quito NRO 1 de la Policía Nacional” concluyó que el estilo de afrontamiento centrado en la emoción fue el estilo de mayor uso por la mayoría de los participantes y las estrategias de afrontamiento de mayor uso fueron la aceptación, la religión, el afrontamiento activo y reinterpretación positiva. En el presente estudio estos factores se encuentren en mayor porcentaje ausentes, representado por que los pacientes con IRCT sometidos a hemodiálisis en su mayoría no han pedido una o varias veces que se les desconecte la máquina antes de terminar las horas de hemodiálisis necesarias, no han sido impuntuales al recibir hemodiálisis, no han inasistido una o más veces a recibir hemodiálisis, asimismo estos pacientes no presentan quejas sobre los esfuerzos requeridos para seguir con el tratamiento. Los ítems que están presentes están dadas por que los pacientes colaboran con el personal de salud durante su tratamiento y suelen comunicar todas sus necesidades al personal de salud.

Acerca de la dimensión factores relacionados con la enfermedad, el comportamiento de no adhesión se manifiesta de diversas maneras tales como el incumplimiento en la dieta, Incumplimiento en la ingesta de medicamentos y restricción de líquidos. Estimar estos criterios de no adhesión implica ciertas dificultades metodológicas, no obstante Khechane & Mwaba (2004) indicaron que los criterios más utilizados son la ganancia de peso inter diálisis (GPI), para evaluar el cumplimiento en la restricción de líquidos, el cumplimiento con la dieta y la medicación es estimado por niveles de potasio y fosfato en suero en pre diálisis. La OMS

(2011) nos indica que los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Al respecto Beuter Margrid y Col. (2008) en Brasil; en su estudio: “Adhesión de individuos a terapia hemodialítica”, concluyen que Existen varios factores involucrados en la adhesión al tratamiento hemodialítico actuando de forma interrelacionada, así tenemos el indicador de la dieta, donde la mayoría de individuos relataron seguir la dieta recomendada y el uso regular de medicación. Con relación al indicador de ganancia de peso interdialítico, un 46.43%(26) presentan una ganancia mayor o igual al 5% del peso seco (promedio de menor o igual a 2.5kg entre sesión). Contreras Francoise y Col. (2007) Con base en los criterios clínicos tomados durante tres meses concluyen que, la adhesión al tratamiento de los pacientes se encuentra influenciado por la sobrecarga hídrica, tensión arterial pre y post diálisis, niveles de potasio, calcio, fósforo, PTH e inasistencia a sesiones de tratamiento.

Por lo que según los resultados obtenidos acerca de los factores relacionados con la enfermedad, el mayor porcentaje se encuentran ausentes, esto representado por que los pacientes no han presentado una ganancia adecuada de peso entre terapia de diálisis <2.5kg. y asimismo refieren que los profesionales de la salud no le han indicado que sus resultados de laboratorio tienen valores altos de fósforo y potasio. Mientras que los indicadores que se encuentran presentes está expresado a que la mayoría de los pacientes cumplen con la terapia de medicamentos indicados y también han presentado hinchazón de piernas y brazos en algún momento durante la terapia.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del presente estudio son:

- Los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal, en mayor porcentaje son los factores relacionados con la terapia de hemodiálisis que están dados por que el paciente observa durante su sesión que las máquinas de hemodiálisis no fallan y no sienten que les falta el aire o mucho dolor en la espalda. Con igual porcentaje se encuentran los factores relacionados con la enfermedad, referidos a que el paciente sometido a hemodiálisis no ha presentado una ganancia adecuada de peso entre terapia de diálisis; así mismo los pacientes refieren que los profesionales de la salud no le han indicado que sus resultados de laboratorio tienen valores altos de fósforo y potasio.
- En cuanto a los factores relacionados con los servicios/proveedor de salud que intervienen en la adherencia al tratamiento, el mayor porcentaje de los ítems se encuentran presentes, los aspectos referidos fueron que las enfermeras que los atienden siempre responden a sus inquietudes, dificultades y resultados a obtener con respecto a su tratamiento; así mismo siempre reciben información sobre los beneficios de los medicamentos asociados a la terapia de hemodiálisis indicados por el médico tratante, además manifiestan que en el caso de inasistencia, el personal

de salud entendería sus motivos y les orientan con palabras que ellos y su familiares entiendan esto genera en los pacientes confianza y; a su vez, favorece la adherencia.

- En la dimensión de los factores socioeconómicos que intervienen en la adherencia al tratamiento, el mayor porcentaje expresan que se encuentran presentes, referida a que los pacientes cuentan con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento de hemodiálisis, tienen disponibilidad económica para atender las necesidades de vivienda, para atender las necesidades de salud; así mismo tienen disponibilidad económica para atender las necesidades de alimentación, cuentan con los recursos económicos para trasladarse a la terapia de hemodiálisis y puede pagarse los medicamentos indicados por su médico
- Respecto de los factores relacionados con la terapia de HD que intervienen en la adherencia, según ítems el mayor porcentaje expresa que se encuentran ausentes, referidos a que durante su sesión observan que las máquinas de hemodiálisis no fallan y no sienten que les falta el aire o mucho dolor en la espalda. Así mismo existen factores que se encuentran presentes y están referidos a que algunos pacientes sienten que se le baja la presión arterial, esto manifestado con mareos, malestar, desorientación y convulsiones durante su terapia y otros manifiestan que se le sube la presión arterial, expresado con dolor de cabeza, sangrado nasal, náuseas, vómitos y dolor precordial
- Los factores relacionados con el paciente, el mayor porcentaje expresan que se encuentran ausentes, expresados por que no han pedido una o varias veces que se le desconecte la máquina antes de terminar las horas de hemodiálisis necesarias, no han sido impuntuales al recibir hemodiálisis, han asistido una o más

veces a recibir hemodiálisis, así mismo los pacientes no expresan sus quejas sobre los esfuerzos requeridos para seguir con el tratamiento.

- En la dimensión de los factores relacionados con la enfermedad que intervienen en la adherencia, se evidencia que el mayor porcentaje se encuentran ausentes, referida a que los pacientes no han presentado una ganancia adecuada de peso entre terapia de diálisis $<2.5\text{kg}$. y además refieren que los profesionales de la salud no le han indicado que sus resultados de laboratorio tienen valores altos de fósforo y potasio. A su vez; Los ítems que están presentes está expresado a que los pacientes cumplen con la terapia de medicamentos indicados por el médico y así mismo refieren que han presentado hinchazón de piernas y brazos en algún momento situación que perjudica la adherencia al tratamiento, y por ende, tener complicaciones que afecten su salud de manera general; llegando inclusive algunos a la muerte prematura.

5.2. RECOMENDACIONES.

Las recomendaciones formuladas al concluir el presente estudio son:

- Realizar investigaciones diversas en otras áreas de estudio, con poblaciones similares, aplicando el instrumento validado para adherencia en pacientes con IRCT sometido a Hemodiálisis.
- Desarrollar estudios correlacionales, tomando como base las variables extrañas controladas en esta investigación, lo que permitirá conocer y analizar con profundidad la problemática.
- Que el departamento de Enfermería o el servicio de Hemodiálisis diseñen e implementen programas de educación continua (a

pacientes y familiares), respecto de la enfermedad y su tratamiento, basados en los factores que intervienen en la adherencia y permitan mejorarlo.

- Capacitaciones constantes al personal de enfermería respecto de la adherencia y sus diversos factores que la condicionan, permitiendo de esta manera prevenir las complicaciones que pueda tener este tipo de pacientes.
- Realizar estudios comparativos con otros grupos poblacionales pertenecientes a diferentes tipos de seguros (SIS-ESSALUD).
- Realizar estudio de tipo cualitativo.

5.3. LIMITACIONES.

Las limitaciones están relacionadas a que los hallazgos solo son generalizables a la población en estudio; pacientes con I.R.C.T, sometidos a Hemodiálisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Lazarus JM y Col. Hemodiálisis – The Kidney. 5ta Edición. EE.UU. – Filadelfia. Editorial Brenner BM. 1997.
- (2) (28) Saad Cecilia, Sepulveda Gloria y colb. “Adherencia de los pacientes con IRC a las sesiones de hemodiálisis del Hospital Militar Central – Bogotá 2006 - 2007. En Revista Colombiana de Enfermería. 3era Edición. Colombia. 2008.
- (3) (23) Guerra Guerrero, Verónica y colb. “La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica”. En revista Cubana de Enfermería. Cuba. Chile. 2010.
- (4) National Kidney Foundation (NKF) - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI). Guías sobre evaluación, clasificación y estratificación de la enfermedad renal crónica. EE.UU. 2002. Disponible en:
https://www.kidney.org/professionals/guidelines/guidelines_comments
- (5) Global Burden of Disease (GBD) - Mortality and Causes of Death Collaborators. “Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013 (a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013)”. Lancet. 2015.
- (6) Portal Institucional del Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Índice de mortalidad Perú. 2013 [citado Diciembre 2014]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?00>
- (7) Marín, Rafael. “Riñón y Enfermedad Cardiovascular”. En Guías SEN. España. Editorial Grupo Aula Médica. 2004. Vol N° 24.
- (8) White Sarah, Chadban Steven y Colb. “¿Cómo lograr la equidad mundial en materia de diálisis y trasplantes renales?”. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. [Citado en Marzo 2008]. Vol N°

86. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/3/07-041715-ab/es/>
- (9) (11) Montalvo Roel, Isabel. Estado Situacional de los Pacientes con Enfermedad Renal Crónica y la aplicación de diálisis como tratamiento en el Perú. Departamento de Investigaciones y Documentación Parlamentaria (DIDP). Lima – Perú. [Diciembre 2012].
- (10) (37) Dirección General de Epidemiología (DGE – MINSA). Análisis de la situación de la Enfermedad Renal Crónica en el Perú, 2015. [citado Febrero 2016]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=598&Itemid=353
- (12) OPS/OMS Perú. “En el Día Mundial del Riñón: cuida tus riñones, la detección temprana de enfermedades renales previene trasplantes”. Lima – Perú. [citado 14 Marzo 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org/per/index.php>
- (13) Barrios, M. y colb. Manual de capacitación del paciente en diálisis peritoneal. Bogotá – 2004.
- (14) (17) (20) García F., Fajardo C., Guevara R., Gonzáles V., Hurtado A. “Mala Adherencia a la Dieta en Hemodiálisis: Papel de los síntomas ansiosos y depresivos”. Nefrología Vol. XXII. Lima. 2000.
- (15) Campillo M, Avilés M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. Revista Electrónica Procesos Psicológicos y Sociales. México – Diciembre. 2008.
- (16) Pontificia Universidad Católica de Chile. Aprendiendo a vivir con Hemodiálisis - Manual de autocuidado para el paciente en hemodiálisis. Chile – 2012.
- (18) (57) (59) (66) OMS - Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra. 2004.

- (19) (55) Osorio Diana, Serna Karol, Vélez Gloria. Inasistencia del paciente con Insuficiencia Renal Crónica a su tratamiento de Hemodiálisis en la unidad renal de Fresenius Medical Care Armenia durante el año 2011 [Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Administración de Salud] Manizales – Colombia. Universidad Católica de Manizales. 2011.
- (21) III Foro: La adherencia al tratamiento: Cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. España. 2009. Disponible en URL: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOR_Opfizer_2009.pdf
- (22) Perafán Melissa. “Factores que afectan la adherencia a terapia dialítica del paciente con insuficiencia renal en una unidad renal de Popayan - 2012” [Ponencia en Jornadas Nacionales de investigación - Facultad de Salud Pública]. Santiago de Cali - Colombia. Universidad del Valle Cali. 2012.
- (24) Mautone Mariela. Adherencia al Tratamiento en Hemodiálisis 2013 [Ponencia en Jornadas Científicas de Nefrología]. Pausandú – Uruguay. 2013.
- (25) (31) Villagrán Aida. Estudio de la relación entre el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en los y las pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, sometidos a Hemodiálisis, en el Hospital Quito Nro. 1 de la Policía Nacional. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología] Quito - Ecuador. Universidad Politécnica Salesiana. 2012
- (26) Ocampo Rujel, Percy. “Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en establecimientos públicos”. Revista ULADECH (PER) Vol. 5 N° 2: pp. 181-191, 2014, Perú. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/412/304>

- (27) Luna B. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del Centro de Salud Ex Fundo Naranjal 2013. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Cybertesis - UNMSM Lima – Perú. 2014.
- (29) Contreras Orozco, Astrid. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial. Rev. Salud Uninorte. Vol. 26 N°2 Pág. 201-211. Colombia – 2010.
- (30) Beuter Margrid, Rodrigues Luana y Colb. Adhesión de individuos a terapia hemodialítica. Brasil – 2008.
- (32) (58) Contreras Francoise, Esquerre Gustavo y Colb. “Calidad de vida y Adhesión al tratamiento con insuficiencia renal crónica en tratamiento de Hemodiálisis”. En revista Universitas Psychologica Colombia – 2007. Vol. 5. Pág.487-499
- (33) Huertas María, Pérez Rafael y Colb. Factores Psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en Hemodiálisis crónica. España - 2013.
- (34) Pabón Valera, Yadira. Factores que influyen en la adherencia en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con riesgo de enfermedades cardiovasculares. Rev. de la Universidad Cooperativa de Colombia. Vol. 1 N°17 Pág. 1 – 15. Colombia – 2015.
- (35) Rodríguez Alba y Gómez Ana. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Rev. de la Universidad Nacional de Colombia. Vol. 28 N°1 Pág. 63 – 71. Colombia – 2010.
- (36) Dirección General de Epidemiología (DGE – MINSA). Boletín Epidemiológico (Lima) – La Enfermedad Renal Crónica en el Perú, epidemiología e impacto de la Salud Pública. Vol. 23 SE N°3 2014 [citado Enero 2015]. Disponible en:

- <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf>
- (38) (42) (44) (46) (48) Essalud. Guía de Práctica Clínica: Manejo de la Enfermedad Renal Crónica. Perú – 2010.
- (39) Soriano Cabrera, S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Sociedad Española de Nefrología (Madr.) 2004;24 Supl 6:27-34, España. Disponible en:
<http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-definicion-clasificacion-los-estadios-enfermedad-renal-cronica-prevalencia-claves-el-X0211699504030666>
- (40) (53) Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo. La Enfermedad Renal. [citado Diciembre 2014]. Disponible en:
<https://www.friat.es/la-enfermedad-renal/>
- (41) PROBIOMED. Insuficiencia Renal Crónica – Signos y síntomas de la ERC. [citado Enero 2015]. Disponible en:
<http://www.probiomed.com.mx/index.php/divisiones/articulos-de-alta-especialidad/insuficiencia-renal-cr-nica/signos-y-s-ntomas-de-la-enfermedad-renal-cr-nica/>
- (43) (45)(47)(49) Sociedades Científicas de Nefrología en España. Documento de Consenso sobre la Enfermedad Renal Crónica – 2012. [citado Enero 2015]. Disponible en:
<http://secardiologia.es/images/publicaciones/documentos-consenso/documento-consenso-sobre-enfermedad-renal-cronica.pdf>
- (50) (52) Essalud. Boletín Tecnológico – Evaluación de Tecnologías en Salud. Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Terminal. N°20 – Año: 2006. Lima [citado Enero 2015]. Disponible en:
<http://www.essalud.gob.pe/empresarial/salud/boltecnol20.pdf>

- (51) Lorenzo Sellarés, Víctor. Principios Físicos: Definiciones y Conceptos. Sociedad Española de Nefrología (Madr.) Vol. 6 Nº 1 Año 2012, España. Disponible en:
<http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-principios-fisicos-definiciones-conceptos-31>
- (54) Martín Alfonso, L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana Salud Pública. Cuba - 2004.
- (56) Nieto, L y Pelayo, R. (2009). “Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta, como objeto de la psicología de la salud”. En Revista académica e Institucional de la UCPR. Colombia – 2009. Vol. Nº 85. Pág. 61 – 75.
- (60) Fondo Nacional de Recursos. Guías Prácticas de Actuación de Enfermería en Salud Renal. Uruguay – 2011.
- (61) Bardón Otero E, Marti Monros A., Vila Paz M. Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Nefrología. 2008; 3:53-56.
- (62) Aguilera Flórez, Ana Isabel y Colb. Una estrategia poco utilizada en el cuidado de pacientes con Enfermedad Renal Crónica: la educación en grupo y multidisciplinar de pacientes y sus familiares. Enfermería Nefrológica. Vol. 15, Núm. 1. Enero - marzo, 2012. Pág. 14-21. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Madrid, España.
- (63) Es salud. Manual Normas y Procedimientos de Enfermería para la atención de paciente con ERC en tratamiento de Hemodiálisis. Perú – 2013.
- (64) Rosales Origuelal, J y Colb. Ética en los cuidados de enfermería a pacientes en tratamiento con hemodiálisis. Medisur. Vol.14. Nº5. Cuba – 2016.
- (65) Junqué A y Belén Sepa M. La Enfermera de Hemodiálisis. Enfermería Blog. España – 2015.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN KIDNEY FUND. Alimentación saludable para personas en Hemodiálisis – 2010.

ANDREU Lola, FAURA Teresa, JULVÉ Maricel. Falta de autonomía y tratamiento con Hemodiálisis – Guía para pacientes y cuidadores. España – 2011.

CATONI M., PALMA E. “Aprendiendo a vivir con Hemodiálisis” – Manual de autocuidado para el paciente en Hemodiálisis. Chile – 2000.

CUETO MANZANO Alfonso, MARTÍNEZ RAMÍREZ Hector, y col. ERC – Manual para profesionales de la salud. México – 2011.

ESCARVAJAL LÓPEZ Elena, GUERRERO GUTIÉRREZ Inmaculada, y colb. Guía para el paciente renal. ESPAÑA – 2005.

ESSALUD. Manual de procedimientos de enfermería para la atención de paciente con ERC en tratamiento de Hemodiálisis. Perú - 2008.

GUERRA GUERRERO, Verónica y colb. “La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica”, Chile – 2009.

HUERTAS María, PÉREZ Rafael, ALBALATE Marta, y colb. “Factores Psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en Hemodiálisis crónica” – España 2013.

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Insuficiencia Renal Crónica Terminal. 1st Ed. Santiago, Chile - 2005.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. Acerca de la Insuficiencia renal crónica: Una guía para los pacientes y familia – 2003.

OMS - Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra - 2004.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA (SEDEN). Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería Nefrológica. Ed. Grupo E. Entheos. ESPAÑA – 2004.

UNIDAD DE COMUNICACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO
DONOSTIA. Guía para el paciente renal en la Unidad de Diálisis.
ESPAÑA – 2013.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXOS	Pág.
A. Operacionalización de Variables.....	I
B. Instrumento.....	III
C. Consentimiento Informado.....	VI
D. Tabla de Concordancia – Prueba Binomial.....	VII
E. Determinación de la Muestra.....	VIII
F. Tablas de Códigos.....	IX
G. Tabla matriz de datos.....	XI
H. Validez del Instrumento.....	XIII
I. Confiabilidad del instrumento.....	XIV
J. Medición de la variable Factores.....	XV
K. Datos Generales de los pacientes con IRCT sometidos a HD que asisten al CD Vida Renal SJM – 2014.....	XVIII
L. Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T sometidos a HD que asisten al CD Vida Renal SJM – 2014.....	XX
M. Factores relacionados con los servicios de salud que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a HD.....	XXI
N. Factores socioeconómicos que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a HD	XXII
O. Factores relacionados con la Terapia de Hemodiálisis que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes sometidos a HD.....	XXIII

ANEXOS	Pág.
P. Factores relacionados con el paciente que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a HD.....	XXIV
Q. Factores relacionados con la enfermedad que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a HD.....	XXV

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL:
Factores que intervienen en la Adherencia al Tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a Hemodiálisis	Conjunto de condiciones que de una u otra forma pueden intervenir y producir un efecto positivo o negativo en la adherencia del tratamiento.	<p>El conjunto de condiciones que de una u otra forma pueden intervenir en la adherencia están relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El servicio de salud • Los socioeconómicos • La terapia • El paciente • La enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores relacionados con el servicio de salud. • Factores socioeconómicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación respecto del tratamiento • Beneficios del tratamiento • Comprensión del personal de salud • Uso de lenguaje claro y sencillo 	Presente
				<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad económica para atender su alimentación • Disponibilidad económica para atender su salud • Disponibilidad económica para atender su vivienda • Recursos económicos para su traslado • Apoyo económico familiar • Disponibilidad económica para costear medicamentos 	Ausente

=

			<ul style="list-style-type: none">• Factores relacionados con la terapia(hemodiálisis)• Factores relacionados con el paciente• Factores relacionados con la enfermedad	<ul style="list-style-type: none">• Hipertensión• Hipotensión• Reacciones adversas• Fallas técnicas• Paciente colaborador• Paciente intranquilo• Paciente quejumbroso• Cumplimiento de horas/sesión• Inasistencia a las sesiones• Paciente comunicativo• Cumplimiento farmacológico• Niveles séricos de fosforo y potasio• Sobrecarga hídrica• Ganancia de peso interdialítico	
--	--	--	--	---	--

ANEXO B

INSTRUMENTO

PRESENTACION

Sr. (a). Buenos días, soy estudiante de la segunda especialidad de Enfermería Nefrológica de la escuela de post grado de la UNMSM que en coordinación con la administración del centro de Diálisis Vida Renal E.I.R.L, estoy realizando un trabajo de investigación. Para lo cual solicito su valiosa colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco de antemano su participación en el estudio.

DATOS GENERALES:

1. Edad (años cumplidos):
2. Sexo: M () F ()
3. Tiempo en terapia de Hemodiálisis.....
4. Estado civil: Casado() Soltero() Conviviente() Viudo/a() Divorciado()
5. Grado de instrucción: Analfabeto() Primaria() Secundaria() Superior()
6. Situación Familiar: Vive con su familia () Vive Solo () Otros ().....
7. Condición laboral :
8. Religión/ Creencias Religiosas:

INSTRUCCIONES

Conteste Ud. las preguntas realizadas con lo que Ud. cree conveniente. Se le pide por favor la mayor sinceridad en las respuestas brindadas.

Nº _____ Fecha _____

	Presente	Ausente
FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD		
1. ¿La Enfermera responde a sus inquietudes, dificultades y resultados a obtener con respecto a su tratamiento?	Si	No

2. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos asociados a la terapia de hemodiálisis, indicados por su médico?	Si	No
3. ¿En el caso que usted fallara en su asistencia, el personal de salud entendería sus motivos?	Si	No
4. ¿El personal de salud le orienta con palabras que Ud. y su familia entiendan?	Si	No
FACTORES SOCIOECONÓMICOS		
5. ¿Ud. y su familia tienen disponibilidad económica para atender las necesidades de alimentación?	Si	No
6. ¿Ud. y su familia tienen disponibilidad económica para atender las necesidades de salud?	Si	No
7. ¿Ud. y su familia tienen disponibilidad económica para atender las necesidades de vivienda?	Si	No
8. ¿Ud. cuenta con los recursos económicos para trasladarse a la terapia de hemodiálisis?	Si	No
9. ¿Ud. cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento de hemodiálisis?	Si	No
10. ¿Ud. puede pagarse los medicamentos indicados por su médico?	Si	No
FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA DE HEMODIALISIS (TRATAMIENTO)		
11. ¿Ud. siente que se le baja la presión arterial (presenta: mareos, malestar, desorientación, convulsiones)?	Si	No
12. ¿Ud. siente que se le sube la presión arterial (presenta: dolor de cabeza, sangrado nasal, mareos, náuseas, vómitos, dolor al corazón)?	Si	No
13. ¿Ud. siente que le falta el aire o mucho dolor en la espalda?	Si	No
14. ¿Ud. observa que durante su sesión, las máquinas de hemodiálisis fallan?	Si	No

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE		
15. ¿Ud. colabora con el personal de salud durante su tratamiento?	Si	No
16. ¿Ud. se encuentra intranquilo y con ánimo bajo durante el tratamiento?	Si	No
17. ¿Ud. Expresa sus quejas sobre los esfuerzos requeridos para seguir con el tratamiento?	Si	No
18. ¿Ud. ha pedido una o varias veces que se le desconecte la máquina antes de terminar las horas de hemodiálisis necesarias?	Si	No
19. ¿Ud. ha inasistido una o más veces a recibir hemodiálisis?	Si	No
20. ¿Ud. ha sido impuntual una o más veces a recibir hemodiálisis?	Si	No
21. ¿Ud. suele comunicar todas sus necesidades al personal de salud?	Si	No
FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD		
22. ¿Ud. cumple con la administración de terapia de medicamentos indicados por el medico?	Si	No
23. ¿Los profesionales de la salud le han indicado que los resultados de laboratorio son o tienen valores altos de fósforo y potasio?	Si	No
24. ¿Ud. ha presentado hinchazón de piernas y brazos en algún momento?	Si	No
25. ¿Ud. ha presentado una ganancia de peso entre terapia de diálisis (ganancia de peso ID <2.5kg.)	Si	No

¡Gracias por su colaboración!



UNMSM-FM-UPG
PSEE - 2015

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., paciente del Centro de Hemodiálisis Vida Renal he sido debidamente informado por la señorita Cinthia Piareth Ramírez Huerta, estudiante de post grado de Enfermería en Nefrología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, acerca del cuestionario - entrevista que aplicará con fines de realizar un estudio titulado: “Factores que intervienen en la Adherencia al Tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal sometidos a Hemodiálisis”. Para ello he recibido información clara sobre el propósito y modo que se realizará el cuestionario.

Habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas acerca del estudio, teniendo en cuenta que la información será de carácter confidencial, ante ello otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, firmando el presente para que así conste.

.....
Firma de la participante

.....
Firma del investigador
Cinthia P. Ramírez Huerta

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA - PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	NÚMERO DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
4	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Se ha considerado:

1: si la respuesta es afirmativa

0: si la respuesta es negativa

P: Valor binomial

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia **es significativo** de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez.

ANEXO E

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

$$n = \frac{N (PQ) Z^2}{(N-1) E^2 + Z^2 (PQ)}$$

N = Población

n = muestra

PQ = probabilidad de aceptación / rechazo (0.5)

Z² = (1.96)²

E² = (0.05)²

$$n = \frac{50(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(50-1)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{48.02}{1.0829}$$

$$n = 44$$

$$\text{Factor de corrección: } n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n = \frac{44}{1 + \frac{44}{50}}$$

$$n = \frac{44}{1.88}$$

n = 23 pacientes

ANEXO F
TABLA DE CÓDIGOS

DATOS GENERALES	CATEGORÍA	CÓDIGO
EDAD	38 – 45 años	1
	46 – 53 años	2
	54 – 61 años	3
	62 – 69 años	4
	70 – 77 años	5
	78 – 85 años	6
SEXO	MASCULINO	1
	FEMENINO	2
TIEMPO DE TERAPIA DE HEMODIÁLISIS (En años)	1 – 3 años	1
	4 – 6 años	2
	7 – 9 años	3
	10 – 12 años	4
	13 – 15 años	5
ESTADO CIVIL	CASADO	1
	SOLTERO	2
	CONVIVIENTE	3
	VIUDO	4
	DIVORCIADO	5
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ANALFABETO	1
	PRIMARIA	2
	SECUNDARIA	3
	SUPERIOR	4
SITUACIÓN FAMILIAR	VIVE CON SU FAMILIA	1
	VIVE SOLO	2
	OTROS	3
CONDICIÓN LABORAL	TRABAJADOR ACTIVO	1
	PENSIONISTA/CESANTE	2
RELIGIÓN/ CREENCIAS RELIGIOSAS	CATÓLICA	1
	PROTESTANTES	2
	ATEO/GNÓSTICOS	3

En lo que respecta a los datos específicos del cuestionario de estructura múltiple, para la tabulación respectiva lo categorizamos de la siguiente manera:

PRESENTE	1
AUSENTE	0

ANEXO G

TABLA MATRIZ DE DATOS

N° PA CIE NT ES	DATOS GENERALES								DIMENSIONES																								
									FACT. REL. CON LOS SERV. DE SALUD				FACTORES SOCIOECONÓMICOS						FACT. REL. CON LA TERAPIA DE HD				FACT. REL. CON EL PACIENTE						FACT. REL. CON LA ENFERMEDAD				
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	6	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	
2	4	2	1	4	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	
3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	
4	5	2	3	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	
5	4	2	1	4	2	3	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
6	4	1	1	3	3	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0
7	3	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	
8	1	1	5	3	4	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	
9	3	2	2	3	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	
10	5	1	2	3	3	1	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
11	5	1	3	1	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	
12	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	
13	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	
14	1	2	1	3	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	
15	5	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	
16	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0

17	3	2	2	1	2	1	1	2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0		
18	5	1	2	4	3	2	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	
19	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	
20	6	1	2	4	2	1	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	
21	4	2	1	1	2	1	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
22	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	
23	4	1	1	1	2	1	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	

ANEXO H

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

ÍTEM TEST COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON

Para la validez estadística, además de solicitar la opinión de los jueces expertos, se aplicó la fórmula coeficiente de correlación R de Pearson a cada uno de los ítems, obteniéndose:

$$r = \frac{N \sum xy - \sum x \cdot \sum y}{\sqrt{N \sum x^2 - (\sum x)^2 \cdot N \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

Donde:

X: Puntajes obtenidos para cada pregunta en los N individuos.

Y: Puntaje total del individuo.

Ítem 1: r= 0.5	Ítem 14: r= 0.4
Ítem 2: r= 0.3	Ítem 15: r= 0.3
Ítem 3: r= 0.4	Ítem 16: r= 0.5
Ítem 4: r= 0.5	Ítem 17: r= 0.4
Ítem 5: r= 0.4	Ítem 18: r= 0.5
Ítem 6: r= 0.5	Ítem 19: r= 0.5
Ítem 7: r= 0.6	Ítem 20: r= 0.4
Ítem 8: r= 0.4	Ítem 21: r= 0.6
Ítem 9: r= 0.5	Ítem 22: r= 0.6
Ítem 10: r= 0.4	Ítem 23: r= 0.5
Ítem 11: r= 0.5	Ítem 24: r= 0.5
Ítem 12: r= 0.5	Ítem 25: r= 0.6
Ítem 13: r= 0.4	

Si $r > 0.20$, el ítem es válido, por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de los ítems, quedando de esta manera el instrumento constituido por 25 ítems válidos.

ANEXO I

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la Prueba Estadística Kuder Richardson.

$$r_{K-R} = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum p \cdot q}{S^2} \right]$$

Donde: el coeficiente Kuder Richardson >0.5 para que sea confiable.

K= N° de Item

S²= Varianza total

Σpq= Sumatoria de varianza de cada Item

Donde:

K= 25

K-1= 24

Σpq= 19.1

S²= 43.8

Reemplazando la expresión:

Se obtiene Kuder – Richardson= 0.58

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere que $r_{K-R} > 0.5$.

Por lo tanto el instrumento es **CONFIABLE**

ANEXO J
MEDICIÓN DE LA VARIABLE FACTORES
PROMEDIO ARITMÉTICO

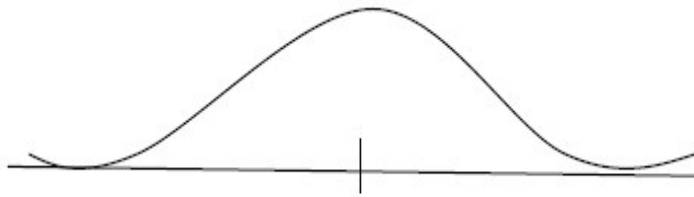
Se determinó el promedio (x)

X= Promedio de totales

$$\text{Promedio (x)} = \frac{wx}{n} = \frac{330}{23} = 14.3$$

Ausentes: de 14 a menos

Presentes: mayor de 14



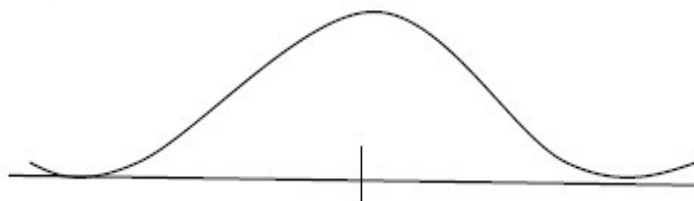
PROMEDIO DE DIMENSIONES

X: Promedio de factores relacionados con los servicios de salud

$$\text{Promedio(x)} = \frac{wX}{N} = \frac{67}{23} = 2.91$$

Ausentes: de 3 a menos

Presentes: mayor de 3

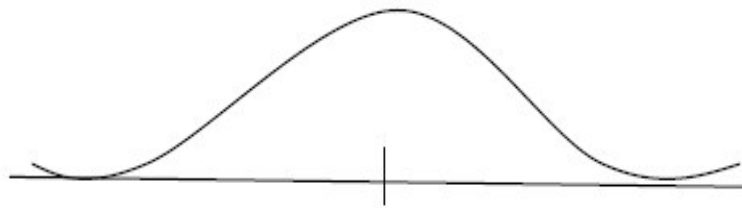


X: Promedio de factores socioeconómicos

$$\text{Promedio}(x) = \frac{WX}{N} = \frac{100}{23} = 4.3$$

Ausentes: de 4 a menos

Presentes: mayor de 4

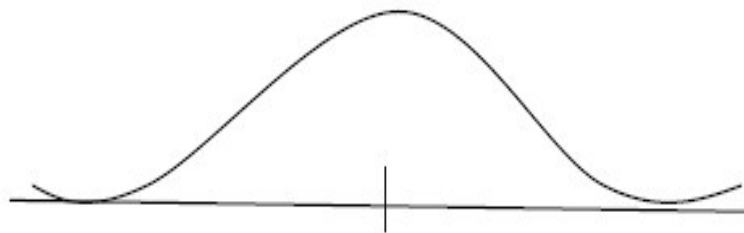


X: Promedio de factores relacionados con la terapia de Hemodiálisis
(tratamiento)

$$\text{Promedio}(x) = \frac{WX}{N} = \frac{34}{23} = 1.5$$

Ausentes: de 2 a menos

Presentes: mayor de 2

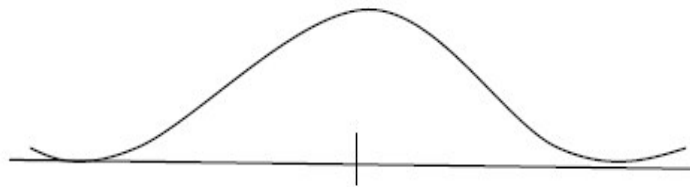


X: Promedio de factores relacionados con el paciente

$$\text{Promedio}(x) = \frac{WX}{N} = \frac{78}{23} = 3.4$$

Ausentes: de 3 a menos

Presentes: mayor de 3

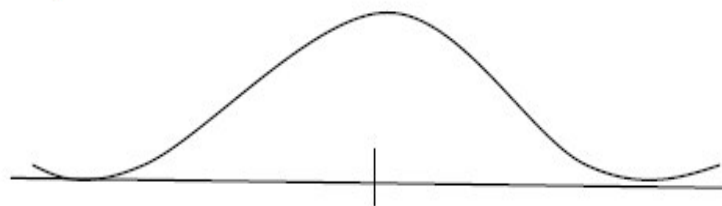


X: Promedio de factores relacionados con la enfermedad

$$\text{Promedio}(x) = \frac{WX}{N} = \frac{51}{23} = 2.21$$

Ausentes: de 2 a menos

Presentes: mayor de 2



ANEXO K

DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES CON I.R.C.T SOMETIDOS A HEMODIALISIS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIALISIS VIDA RENAL – SJM 2014 LIMA – PERÚ 2017

DATOS	N	%
EDAD		
38-45	4	17%
46-53	2	9%
54-61	3	13%
62-69	7	30%
70-77	5	22%
78-85	2	9%
TOTAL	23	100%
SEXO		
MASCULINO	15	65%
FEMENINO	8	35%
TOTAL	23	100%
TIEMPO EN TERAPIA		
1-3 AÑOS	14	61%
4-6 AÑOS	5	22%
7-9 AÑOS	2	9%
10-12 AÑOS	1	4%
13-15 AÑOS	1	4%
TOTAL	23	100%
ESTADO CIVIL		
CASADO	11	49%
SOLTERO	1	7%
CONVIVIENTE	6	26%
VIUDO	4	17%
DIVORCIADO	1	4%
TOTAL	23	100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
ANALFABETO	1	4%
PRIMARIA	7	30%
SECUNDARIA	13	57%
SUPERIOR	2	9%
TOTAL	23	100%

SITUACION FAMILIAR		
VIVE CON FAMILIARES	18	78%
VIVE SOLO	2	9%
OTROS	3	13%
TOTAL	23	100%
CONDICION LABORAL		
TRABAJADOR ACTIVO	12	51%
CESANTE/JUBILADO	11	49%
TOTAL	23	100%
RELIGION		
CATOLICO	16	70%
PROTESTANTE	6	26%
ATEO/GNOSTICO	1	4%
TOTAL	23	100%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRCT en el CD Vida Renal – 2014

ANEXO L

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
LOS PACIENTES CON IRCT SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS QUE
ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS
VIDA RENAL – SJM. 2014
LIMA – PERÚ
2017**

FACTORES RELACIONADOS	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Servicios de Salud	14	61%	9	39%	23	100%
Socioeconómicos	14	61%	9	39%	23	100%
Terapia de Hemodiálisis (Tratamiento)	6	26%	17	74%	23	100%
El Paciente	9	39%	14	61%	23	100%
La Enfermedad	6	26%	17	74%	23	100%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRCT en el CD Vida Renal – 2014

ANEXO M

**FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON I.R.CT. SOMETIDOS A
HEMODIALISIS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS
VIDA RENAL. SJM. 2014
LIMA – PERÚ
2017**

N°	ITEM	PRESENTE		AUSENTE	
		N= (23) 100%			
1	¿La Enfermera responde a sus inquietudes, dificultades y resultados a obtener con respecto a su tratamiento?	19	83%	4	17%
2	¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos asociados a la terapia de hemodiálisis, indicados por su médico?	18	78%	5	22%
3	¿En el caso de inasistencia, el personal de salud entendería sus motivos?	15	65%	8	35%
4	¿El personal de salud le orienta con palabras que Ud. y su familia entiendan?	15	65%	8	35%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRCT en el CD Vida Renal – 2014

ANEXO N

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
LOS PACIENTES CON I.R.CT. SOMETIDOS A HEMODIALISIS QUE
ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS
VIDA RENAL - SJM. 2014
LIMA – PERÚ
2017**

N°	ITEM	PRESENTE		AUSENTE	
		N= (23) 100%			
5	¿Ud. y su familia tienen disponibilidad económica para atender las necesidades de alimentación?	17	74%	6	26%
6	¿Ud. y su familia tienen disponibilidad económica para atender las necesidades de salud?	17	74%	6	26%
7	¿Ud. y su familia tienen disponibilidad económica para atender las necesidades de vivienda?	18	78%	5	22%
8	¿Ud. cuenta con los recursos económicos para trasladarse a la terapia de hemodiálisis?	16	70%	7	30%
9	¿Ud. cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento de hemodiálisis?	18	78%	5	22%
10	¿Ud. puede pagarse los medicamentos indicados por su médico?	14	61%	9	39%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRCT en el CD Vida Renal – 2014

ANEXO O

**FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA DE HEMODIÁLISIS QUE INTERVIENEN EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON I.R.CT. SOMETIDOS A
HEMODIALISIS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS
VIDA RENAL – SJM. 2014
LIMA – PERÚ
2017**

N°	ITEM	PRESENTE		AUSENTE	
		N= (23) 100%			
11	¿Ud. siente que se le baja la presión (presenta: mareos, malestar, desorientación, convulsiones)?	11	48%	12	52%
12	¿Ud. siente que se le sube la presión (presenta: dolor de cabeza, sangrado nasal, mareos, náuseas, vómitos, dolor al corazón)?	10	43%	13	57%
13	¿Ud. siente que le falta el aire o mucho dolor en la espalda?	9	39%	14	61%
14	¿Ud. observa que durante su sesión, las máquinas de hemodiálisis fallan?	4	17%	19	83%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRCT en el CD Vida Renal – 2014

ANEXO P

**FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON I.R.CT. SOMETIDOS A HEMODIALISIS QUE
ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS
VIDA RENAL –SJM. 2014
LIMA – PERÚ
2017**

N°	ITEM	PRESENTE		AUSENTE	
		N= (23) 100%			
15	¿Ud. colabora con el personal de salud durante su tratamiento?	19	83%	4	17%
16	¿Ud. se encuentra intranquilo y con ánimo bajo?	11	48%	12	52%
17	¿Ud. expresa sus quejas sobre los esfuerzos requeridos para seguir con el tratamiento?	8	35%	15	65%
18	¿Ud. ha pedido una o varias veces que se le desconecte la máquina antes de terminar las horas de hemodiálisis necesarias?	9	39%	14	61%
19	¿Ud. ha inasistido una o más veces a recibir hemodiálisis?	8	35%	15	65%
20	¿Ud. ha sido impuntual una o más veces a recibir hemodiálisis?	10	43%	13	57%
21	¿Ud. suele comunicar todas sus necesidades al personal de salud?	13	57%	10	43%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRCT en el CD Vida Renal – 2014

ANEXO Q

**FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON I.R.CT. SOMETIDOS A
HEMODIALISIS QUE ASISTEN AL CENTRO DE DIÁLISIS
VIDA RENAL – SJM. 2014
LIMA – PERÚ
2017**

N°	ITEM	PRESENTE		AUSENTE	
		N= (23) 100%			
22	¿Ud. cumple con la terapia de medicamentos indicados por el medico?	18	78%	5	22%
23	¿Los profesionales de la salud le han indicado que los resultados de laboratorio son o tienen valores altos de fósforo y potasio?	10	43%	13	57%
24	¿Ud. ha presentado hinchazón de piernas y brazos en algún momento?	16	70%	7	30%
25	¿Ud. ha presentado una ganancia de peso entre terapia de diálisis <2.5kg.)	7	30%	16	70%

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con IRCT en el CD Vida Renal – 2014